

GOKKEN

dossier | **gokken**

VAD

GOKKEN

DOSSIER | GOKKEN

Colofon

Auteur
Mia De Bock, stafmedewerker VAD
Tom Defillet, stafmedewerker VAD
Sarah Melis, stafmedewerker VAD
Femke Wijgaerts, stafmedeweker VAD

Layout cover
www.epo.be

Foto’s
Shutterstock

Verantwoordelijke uitgever
P. Van Deun, Vanderlindenstraat 15, 1030 Brussel
wettelijk depotnummer: D/2016/6030/5

de druglijn
078 15 10 20
www.druglijn.be

Vlaanderen is zorg

VAD, Vlaams expertisecentrum Alcohol en andere Drugs
Vanderlindenstraat 15, 1030 Brussel
T 02 423 03 33 | F 02 423 03 34 | vad@vad.be | www.vad.be

INHOUDSTAFEL

Voorwoord

De laatste versie van het dossier gokken dateert van 2006. Na bijna 10 jaar drong een actualisatie zich op. De opkomst en regulering van de online kansspelen en weddenschappen in 2010 hebben het goklandschap grondig herschapen. Ook als onderzoekstopic heeft het (online) gokken aan populariteit gewonnen. In 2013 vond nog een opvallende ontwikkeling plaats bij de herziening van de DSM. De gokstoornis werd verplaatst van de categorie 'impulscontrolestoornissen' naar 'middelengerelateerde en verslavingsstoornissen'. In deze update wordt de nieuwe wetenschappelijke literatuur over gokken verwerkt. Voor deze herwerking baseerden we ons voornamelijk op reviewartikels. Aanvullend werden ook boeken, grijze literatuur en recente artikels toegevoegd. Het resultaat is een overzichtelijke stand van zaken binnen wetenschap en praktijk anno 2015.

Het dossier laat u in het eerste hoofdstuk kennismaken met de Belgische wetgeving inzake kansspelen met een beschrijving van de verschillende vergunningen en beschermingsmaatregelen voor de spelers. Wetgeving is een belangrijke structurele maatregel om het gokken in goede banen te leiden en de speler te beschermen. Daarna volgt een kort overzicht van de meest voorkomende kansspelen in België.

Het tweede hoofdstuk bevat een beschrijving van de risicofactoren voor problematisch gokken, zowel wat de kansspelen zelf betreft, als de risico's bij het individu en in de sociale omgeving. Bij dit laatste item wordt gefocust op de beschikbaarheid van kansspelen, en reclame en sponsering.
Andere omgevingsfactoren, zoals vrienden en familie, zijn opgenomen bij de bespreking van specifieke risicofactoren bij adolescenten. Daarnaast is er ook aandacht voor de genderverschillen en de overgang van recreatief naar problematisch gokken. Ten slotte komt ook de gokstoornis, zoals beschreven in de DSM-5, aan bod.

Hoofdstuk 3 geeft een stand van zaken op preventief vlak. We belichten de wetenschappelijke onderbouwing van verschillende maatregelen. De belangrijkste focus ligt op structurele maatregelen die ingebed zijn in een beleid. Daarnaast is er ook aandacht voor educatie over gokken en reclame.

Hoofdstuk 4 is gewijd aan vroeginterventie en het belang van vroegdetectie door zowel eerstelijnsgezondheids- en welzijnsdiensten als binnen de geestelijke gezondheids- en verslavingszorg. Dit laatste omwille van de hoge comorbiditeit met andere stoornissen, zoals middelenmisbruik en –afhankelijkheid, en stemmings- en angststoornissen. We stellen verschillende screeningsinstrumenten voor en wijzen op het belang van kortdurende interventies om problematische gokkers vroegtijdig te bereiken.

Hoofdstuk 5 geeft uitgebreide informatie over hulpverlening aan gokkers. We beschrijven enkele bepalende elementen voor de behandeling, zowel degene die parallel lopen met de basisstrategieën binnen de verslavingszorg als specifieke aandachtspunten voor gokstoornissen. We overlopen de verschillende hulpverleningsmogelijkheden en bieden een overzicht van de beschikbare hulpverlening aan problematische gokkers in Vlaanderen.

Voor cijfers over gokken kan u terecht in de factsheet gokken van VAD. Deze wordt jaarlijks geüpdatet en zal dus steeds de meest recente stand van zaken weergeven.

Tot slot nog een woord van dank aan Nele De Laender (CGG Eclips), Burt Van Den Bossche (ADIC Antwerpen), Ronny Willemen (CAD Limburg) en Marjolein De Paepe en Ine Van Cauwenberge (Kansspelcommissie), alsook aan de VAD-collega's voor hun kritische nalezing en feedback.

VAD, januari 2016

1. Wetgeving en soorten kansspelen

In België zijn er verschillende wetten die de diverse kansspelen reguleren. De meest omvattende is de Wet op de kansspelen, de weddenschappen, de kansspelinrichtingen en de bescherming van de spelers van 7 mei 1999, gewijzigd bij de Wet van 10 januari 2010 (hierna: 'de Kansspelwet'). Daarnaast is er specifieke wetgeving voor de Nationale Loterij en is er de Loterijwet van 31 december 1851. Als sluitstuk van de wetgeving geven we de belangrijkste richtlijnen inzake kansspelen binnen het Europees recht.

Er is een uitgebreid aanbod van kansspelen in België. In dit hoofdstuk geven we per vergunde kansspelinrichting een beknopt overzicht van hun kansspelaanbod. Bij de automatische kansspelen geven we telkens het door de wet vastgelegde herverdelingspercentage[1] en gemiddeld uurverlies[2]. Ten slotte komen ook een aantal illegale vormen van gokken aan bod. We sluiten dit hoofdstuk af met een verwijzing naar prevalentiecijfers.

1.1. Kanspelwet

1.1.1. Wet van 7 mei 1999

De Wet op de kansspelen, de kansspelinrichtingen en de bescherming van de spelers van 7 mei 1999 en de KB's die daarop volgden, betekenden voor België een enorme vooruitgang op het vlak van regelgeving van de kansspelsector.
De wet van '99 regelde de vergunning voor casino's, speelautomatenhallen, bingo's in cafés, werknemers in speelzalen, verkoop (en productie, verhuur, leasing, uitvoer, onderhoud, herstelling) van kansspelen. Voor casino's en speelautomatenhallen werd het aantal kansspelinrichtingen vastgelegd. Kansspelinrichtingen zijn de gebouwen of plaatsen waar één of meerdere kansspelen worden uitgebaat.

1.1.2. Wet van 10 januari 2010

De Kansspelwet van 10 januari 2010 (trad in werking op 1 januari 2011) betekende enerzijds de reglementaire omkadering van de weddenschappen (die voorheen geregeld werden via de fiscale wetgeving door de FOD Financiën), online kansspelen en de mediaspelen (o.a. de belspelletjes). Anderzijds werden via deze wet een aantal bijkomende mechanismen voorzien om de slagkracht van de Kansspelcommissie (KSC) uit te breiden zoals de invoering van administratieve boetes. Een aantal KB's die de uitvoeringsmodaliteiten van deze wetgeving moeten regelen, laten nog op zich wachten. Een deel, voornamelijk die van de weddenschappen, is al gepubliceerd. Een ander deel met o.a. maximale inzet, uitkeringspercentage voor online kansspelen, is nog in voorbereiding (november 2015). In de tweede helft van 2015 maakte de KSC werk van een 'Convenant voor ethische en verantwoorde reclame voor en marketing van kansspelen' dat begin 2016 zal worden voorgelegd aan de betrokken partijen.

---

[1] Het herverdelingspercentage geeft aan hoeveel de speelautomaat terugbetaalt. Bijvoorbeeld als het herverdelingspercentage 84% bedraagt, is de gokmachine zo afgesteld dat bij een inzet van € 100 de machine € 84 teruggeeft. Theoretisch verliest de speler € 16 bij elke inzet van € 100. De berekening van dit herverdelingspercentage gebeurt voor elk toestel na duizenden keren gespeeld te hebben in een labo-opstelling. In werkelijkheid kan de speler veel meer geld verliezen dan het bedrag bepaald door het herverdelingspercentage. Dit herverdelingspercentage toont aan dat de uitbater steeds verzekerd is van winst.

[2] Het gemiddeld uurverlies is het resultaat van een algemene berekening waarop elk toestel geijkt is na dagenlang gedraaid te hebben in een labo. Dit gemiddeld uurverlies geldt voor de automaat en niet voor de speler. In werkelijkheid kan een speler na één uur spelen veel meer geld kwijt zijn dan het vastgelegde gemiddeld uurverlies.

1.1.3. Definitie van een kansspel volgens de wet

De Kanspelwet definieert een kansspel als *'Elk spel, waarbij een ingebrachte inzet van om het even welke aard, hetzij het verlies van deze inzet door minstens één der spelers, hetzij een winst van om het even welke aard voor minstens één der spelers of inrichters van het spel tot gevolg heeft en waarbij het toeval een zelfs bijkomstig element is in het spelverloop, de aanduiding van de winnaar of de bepaling van de winstgrootte'.*

Er is sprake van een kansspel wanneer volgende elementen cumulatief aanwezig zijn:

- Er is een **spelelement** (dit kan ook een weddenschap zijn).
- Er is een **inzet**: hoeft niet noodzakelijk geld te zijn, kan ook een voorwerp of inkomkaart zijn die je moet kopen als je wil deelnemen.
- Er is kans op **winst of verlies** van die inzet.
- En er is sprake van **toeval**. Het element toeval mag minimaal zijn bv. bij poker de kaarten die uitgedeeld worden (behendigheid zal bij kaartspelen ook een rol spelen, maar welke kaarten je in handen krijgt, berust op toeval).

1.1.4. Kansspelcommissie

Een belangrijke rol in de Kansspelwet is weggelegd voor de Kansspelcommissie (KSC). De KSC is opgericht bij de FOD Justitie (wet van 7 mei 1999). Haar opdrachten zijn wettelijk vastgelegd:

- Ze verstrekt advies aan de regering en het parlement inzake kansspelen (o.a. ondersteuning bij ontwerpen KB's, advies bij wetswijzigingen).
- Ze beslist over de toekenning van vergunningen aan kansspeluitbaters.
- Ze treedt op als controleorgaan: op het terrein controleren of vergunningen correct uitgevoerd worden en of er sprake is van illegale kansspelen, sancties opleggen (administratief o.a. intrekken van vergunningen) bij overtreding van de Kansspelwet.

De KSC wordt voor haar dagelijkse werking bijgestaan door een Secretariaat. Aan de leiding van de KSC staat een magistraat. De Commissie is samengesteld uit volgende leden: een voorzitter, 12 vaste leden en 12 plaatsvervangende leden waaronder telkens een Nederlandstalige en Franstalige vertegenwoordiger van de minister van Justitie, de minister van Financiën, de minister van Economische Zaken, de minister van Binnenlandse zaken, de minister van Volksgezondheid en de minister tot wiens bevoegdheid de Nationale Loterij behoort.

1.1.5. Bescherming van de speler

De Kansspelwet heeft als uitgangspunt het gokken te kanaliseren. Ze doet dat enerzijds via het verlenen van een beperkt aantal vergunningen, en anderzijds via het opleggen van een aantal beschermende maatregelen zoals:

- Leeftijdsbeperkingen (bv. casino's en speelautomatenhallen vanaf 21 jaar; weddenschappen en bingo in cafés vanaf 18 jaar)
- Uitsluitingssysteem van bepaalde kwetsbare groepen via EPIS (cf. infra) om in bepaalde kansspelinrichtingen te gokken (registratieplicht)
- Herverdelingspercentage[3] en gemiddeld uurverlies[4] voor automatische kansspelen
- Verbod op geldautomaten in kansspelinrichtingen
- Verbod op gebruik van kredietkaarten (behalve voor spelen in casino's)
- Verplichte aanwezigheid van folder KSC met informatie over gokverslaving en hulpverleningsadressen
- Verbod op het verlenen van krediet aan spelers

[3] Zie ook voetnoot 1.
[4] Zie ook voetnoot 2.

1.1.6. EPIS

Sinds 2004 beschikt België over het 'Excluded Persons Information System' (EPIS), een elektronisch systeem, beheerd door de KSC, dat alle uitgesloten spelers bundelt. Bij het binnengaan van een reëel of online casino, een speelautomatenhal, of een online wedkantoor, worden verplicht de naam, voornaam en de geboortedatum van de speler geregistreerd in EPIS om na te gaan of deze speler mag worden toegelaten (zie § 5.2.5.1.). In dit systeem zijn onder andere de namen opgenomen van personen die omwille van hun beroep (zoals magistraten, politiemensen, notarissen en deurwaarders) geen toegang hebben tot de betreffende online of reële gokinrichtingen. Daarnaast zijn hierin ook de volgende personen opgenomen: personen voor wie het verzoek tot collectieve schuldregeling toelaatbaar werd verklaard, te beschermen personen voor wie een verzoekschrift is ingediend overeenkomstig artikel 1240 van het Gerechtelijk Wetboek, of een verzoekschrift betreffende de bescherming van de persoon van de geesteszieke (overeenkomstig artikel 5 van de wet van 26 juni 1990). Maar ook kunnen problematische spelers op vrijwillige basis, via een aanvraag aan de KSC, hun naam in dit systeem laten opnemen. Een belanghebbende derde (bv. een partner) kan ook deze vraag aan de KSC stellen. Voor het aantal uitgesloten personen verwijzen we naar de factsheet gokken, die u kan downloaden bij 'Materiaal' op www.vad.be.

1.1.7. Kansspelwet en vergunde kansspelen

Het uitgangspunt van de Kansspelwet is dat alle kansspelen verboden zijn, behalve de vergunde kansspelen en de uitzonderingen door de wet bepaald.
Het is verboden en strafbaar om een niet-vergund kansspel uit te baten, maar ook deelname aan niet-vergunde kansspelen is strafbaar.

De kansspelinrichtingen worden in vier klassen ingedeeld: casino's (klasse I), speelautomatenhallen (klasse II), drankgelegenheden (klasse III) en plaatsen uitsluitend bestemd voor het aannemen van weddenschappen (klasse IV).

Er zijn negen types kansspelvergunningen en drie aanvullende vergunningen (+). De laatsten zijn uitsluitend voor kansspelen via het internet.

Onderstaand schema geeft een overzicht van de verschillende vergunningen. Daarnaast wordt per type aangegeven welke eventuele beperkingen er zijn in het aantal vergunningen, vanaf welke leeftijd spelers hier toegelaten zijn en of er controle is op de spelers via EPIS. In de laatste kolom staan de belangrijkste wettelijke bepalingen. De wetgeving bepaalt ook het type kansspelen die toegelaten zijn per vergunning (zie § 1.5.).

Soort vergunning	Max. aantal kansspel-inrichtingen	Leeftijds-beperking spelers	Controle spelers	Andere wettelijke bepalingen
Vergunning A[5] Casino's Klasse I	Max. 9 casino's[6]: Blankenberge, Chaudfontaine, Dinant, Knokke-Heist, Middelkerke, Namen, Oostende, Spa en Brussel	Vanaf 21 jaar	EPIS	- Kredietkaarten en debetkaarten zijn toegelaten - Geen geldautomaat (om geld af te halen) toegelaten; wel geldwisselaars - Geen kredietverlening - Speelzalen moeten strikt gescheiden zijn van ruimten met andere bestemming. De kansspelen mogen niet van buiten de speelzaal zichtbaar zijn - Ze mogen hun cliënteel kosteloos verplaatsingen, maaltijden, dranken of geschenken aanbieden tot een max. bedrag € 400 per twee maanden en per speler - Folders KSC met info over gokverslaving en hulpverleningsadressen moeten aanwezig zijn - Rookverbod[7] - Alcohol is toegelaten - Geldigheidsduur vergunning: 15 jaar
Vergunning A+[8] Online casinospelen	Gekoppeld aan vergunning A	Vanaf 21 jaar	EPIS	- Server moet zich op Belgisch grondgebied bevinden - Geen kredietkaarten toegelaten, wel debetkaarten of internetbetalingsmogelijkheden (PayPal, Paysafecard, …) - Elektronisch beschikbaar stellen van folder KSC met info over gokverslaving en hulpverleningsadressen - Geldigheidsduur van de vergunning gekoppeld aan de geldigheidsduur van de vergunning A

[5] Lijst van alle vergunningen A : http://www.gamingcommission.be/opencms/export/sites/default/jhksweb_nl/documents/Web_-_A-lijsten.pdf
[6] In het regeerakkoord van 2014 staat dat het de bedoeling is de wet van 7 mei 1999 te herzien en het aantal toegestane casino's op te trekken tot 11. Daarnaast zal de regering een regeling uitwerken om internationale cruiseschepen die uitgerust zijn met een casino toe te laten om in onze territoriale wateren kansspelen te exploiteren tot op het moment waarop zij in de haven zijn.
[7] Het algemeen rookverbod (wet van 22/12/2009) is ook van toepassing voor kansspelinrichtingen. De Kansspelcommissie formuleerde in haar nota van 5/09/2012 argumenten om dit algemeen rookverbod niet te laten gelden in kansspelinrichtingen. http://www.gamingcommission.be/opencms/opencms/jhksweb_nl/gamingcommission/besl/smoke/index.html
[8] Lijst van alle vergunningen A+ : http://www.gamingcommission.be/opencms/export/sites/default/jhksweb_nl/documents/Ax.pdf

Vergunning B[9] Speelautomatenhallen Klasse II	Max. 180[10]	Vanaf 21 jaar	EPIS	- Verbod op kredietkaarten, wel debetkaarten toegelaten - Geen geldautomaat (om geld af te halen) toegelaten; wel geldwisselaars - Geen kredietverlening - Speelzalen moeten strikt gescheiden zijn van ruimten met andere bestemming. De kansspelen mogen niet van buiten de speelzaal zichtbaar zijn - Folders KSC met info over gokverslaving en hulpverleningsadressen moeten aanwezig zijn - Rookverbod - Geen alcoholische dranken toegelaten; niet alcoholische dranken mogen er verkocht worden, water mag gratis aangeboden worden (er mag geen bar zijn in de speelzaal) - Geldigheidsduur vergunning: 9 jaar
Vergunning B+[11] Online kansspelen van dezelfde aard als in de kansspelautomaten-hallen	Gekoppeld aan vergunning B	Vanaf 21 jaar	EPIS	- Server moet zich op Belgisch grondgebied bevinden - Geen kredietkaarten, wel debetkaarten of internetbetalingsmogelijkheden (PayPal, Paysafecard, …) toegelaten - Elektronisch beschikbaar stellen van folder KSC met info over gokverslaving en hulpverleningsadressen - Geldigheidsduur van de vergunning gekoppeld aan de geldigheidsduur van de vergunning B
Vergunning C[12] Drankgelegenheden Klasse III	Onbeperkt	Vanaf 18 jaar	Neen	- Sinds 1/07/2015 moet elk toestel (bingo/one ball) uitgerust zijn met een elektronische identiteitslezer - Verbod op kredietkaarten, wel debetkaarten toegelaten - Geen kredietverlening - Geen geldautomaten, wel geldwisselaars - Verbod op het maken van publiciteit voor de kansspelen zowel binnen als buiten - Een vzw die een drankgelegenheid uitbaat kan geen vergunning C krijgen

[9] Lijst van alle vergunningen B: http://www.gamingcommission.be/opencms/export/sites/default/jhksweb_nl/documents/Web_-_B-lijsten.pdf
[10] De Kansspelcommissie besliste in haar zitting van 1 juli 2015 het aantal automatenhallen te verminderen tot 174 tegen eind 2015, tot 165 in de loop van het jaar 2016 en tot 150 in de loop van het jaar 2017 en dit om de economische leefbaarheid van deze kansspelinrichtingen te vrijwaren.
[11] Lijst van alle vergunning B+: http://www.gamingcommission.be/opencms/export/sites/default/jhksweb_nl/documents/Bx.pdf
[12] Vergunningen C per provincie: http://www.gamingcommission.be/opencms/opencms/jhksweb_nl/gamingcommission/commission/licence/C/

				- Minstens 2 folders van de KSC met info over gokverslaving en hulpverleningsadressen moeten aanwezig zijn - Geldigheidsduur vergunning: 5 jaar
Vergunning D Voor personeel	Onbeperkt	N.v.t.	N.v.t.	- Vergunning is verplicht voor personeel dat werkt in een casino, speelautomatenhal of wedkantoor - Elke aanvrager moet een opleiding volgen en slagen in een proef die door de KSC wordt georganiseerd (e-learning) - Dagbladhandelaars die weddenschappen aanbieden, vergunninghouders voor onderlinge weddenschappen binnen de omheining van een renbaan, bookmakers moeten geen vergunning D hebben, maar zijn wel verplicht om deel te nemen aan een online informatiesessie over de bescherming van de speler en de naleving van de toepasselijke regels. - Geldigheidsduur van de vergunning: 5 jaar - De vergunning moet na 5 jaar niet vernieuwd worden, maar wel is de houder ervan verplicht om een vervolgopleiding te volgen
Vergunning E Voor fabrikanten, plaatsers en herstellers van kansspelen	Onbeperkt	N.v.t.	N.v.t.	- Geldigheidsduur van de vergunning: 10 jaar
Vergunning F1[13] Voor de organisatie van weddenschappen	Max. 34	N.v.t.	N.v.t.	- Geldigheidsduur van de vergunning: 9 jaar
Vergunning F1+[14] Online weddenschappen	Gekoppeld aan vergunning F1	Vanaf 18 jaar	EPIS	- Server moet zich op Belgisch grondgebied bevinden - Geen kredietkaarten, wel debetkaarten of internetbetalingsmogelijkheden (PayPal, Paysafecard, …) toegelaten - Elektronisch beschikbaar stellen van folder KSC met info over gokverslaving en hulpverleningsadressen - Geldigheidsduur van de vergunning gekoppeld aan de geldigheidsduur van de vergunning F1

[13] Lijst van vergunningen F1 http://www.gamingcommission.be/opencms/export/sites/default/jhksweb_nl/documents/Fa_xactieve_dossiers_per_type_aanvragerx_x_buitenland.pdf
[14] Lijst van vergunningen F1+ http://www.gamingcommission.be/opencms/export/sites/default/jhksweb_nl/documents/F1x.pdf

Vergunning F2 Voor het aannemen van weddenschappen Klasse IV				- Geldigheidsduur vergunning: 3 jaar
1. Vaste kansspel-inrichtingen (wedkantoren)[15]	Max. 1000[19]	Vanaf 18 jaar	Neen	- Bij een inzet van € 1000 en meer wordt de naam/adres van de speler geregistreerd - Het wedkantoor moet een duidelijk afgebakende ruimte zijn - Wedkantoren moeten minimaal 1000 m van elkaar gevestigd zijn - Geen verkoop van alcoholhoudende dranken toegelaten, wel van niet-alcoholhoudende dranken - Mag ook gespecialiseerde bladen, sportmagazines en gadgets verkopen - Geen geldautomaten toegelaten, wel geldwisselaars - Geen betaling met kredietkaarten, wel met debetkaarten - Geen kredietverlening - Folders KSC met info over gokverslaving en hulpverleningsadressen moeten aanwezig zijn
2. Mobiele kansspelin-richtingen (book-makers)[16]	Max. 60	Vanaf 18 jaar	Neen	- Bij een inzet van € 1000 en meer wordt de naam van de speler geregistreerd - Tijdelijk wedkantoor ter gelegenheid van een (sport)evenement, voor de duur en op de plaats van het evenement, sportwedstrijd of competitie - Duidelijk afgescheiden van de plaatsen waar alcoholische drank wordt verkocht voor verbruik ter plaatse - Geen betaling met kredietkaarten - Geen kredietverlening

[15] Lijst van vergunde wedkantoren: http://www.gamingcommission.be/opencms/export/sites/default/jhksweb_nl/documents/ActieveDossiersPerType_xFbx.pdf
[16] Lijst van vergunde bookmakers: http://www.gamingcommission.be/opencms/export/sites/default/jhksweb_nl/documents/ActiveDossiersPerTypeMetAanvrager_xFcx_x_buitenland.pdf
[19] De Kansspelcommissie stelt in een nota van 14/09/2015 vast " dat het huidig aanbod aan vaste kansspelinrichtingen klasse IV (608 actieve vergunningen op datum van 26/06/2015) stabiliseert. Een verdere expansie van het aanbod is niet wenselijk en kan contraproductief werken. De KSC meent dat een structurele vermindering van het maximale aanbod van 1000 vaste kansspelinrichtingen klasse IV naar 600 aangewezen is".

3.Weddenschappen buiten klasse IV - Dagbladhandelaars[17]	 Geen beperking	 Vanaf 18 jaar	 Neen	 - Max. inzet per dag per speler is € 200 - Aanneming van weddenschap gebeurt via een wedterminal die rechtstreeks in verbinding staat met de server van de organisator van de weddenschap (vergunning F1) - Dient een nevenactiviteit te zijn. Omzet mag niet hoger zijn dan 49% van de totale omzet van de dagbladhandelaar - Mag niet meer dan 1/5 van de krantenwinkel innemen - Aangebrachte reclame (zowel binnen als buiten) mag maximaal voor 1/3 op weddenschappen gericht zijn - Kredietkaarten toegelaten - Geen kredietverlening
- Onderlinge wedden-schappen binnen de omheining van een renbaan[18]	Geen beperking	Vanaf 18 jaar	Neen	- Bij een inzet van € 1000 en meer wordt de naam van de speler geregistreerd - Toestemming van de renvereniging die de wedren organiseert, is vereist - Wordt vaak in de kantine van de renbaan georganiseerd (dus aanwezigheid en consumptie van alcohol is toegelaten) - Kredietkaarten toegelaten - Geen kredietverlening
Vergunning G1 Voor televisiespelen (belspelletjes)	Geen beperking	Vanaf 18 jaar	Neen	- Registratie van de spelers gebeurt, maar geen controle met EPIS. De vergunninghouder is verplicht de bellers die meer dan € 50 per dag besteden, gratis hierover te informeren. - De vergunninghouder maakt maandelijks aan de KSC een lijst over van bellers die 5 x het bedrag van € 50 overschrijden binnen een tijdspanne van 15 dagen. - Telefoonkost per deelname is maximum € 2 - Opbrengst per spel is max. € 5000 - Geldigheidsduur vergunning: 5 jaar

[17] Lijst van alle vergunde krantenwinkels: http://www.gamingcommission.be/opencms/export/sites/default/jhksweb_nl/documents/ActieveDossiersPerType_xFdx.pdf
[18] Lijst van vergunde renverenigingen: http://www.gamingcommission.be/opencms/opencms/jhksweb_nl/establishments/betting/ren/

Vergunning G2 Voor kansspelen via radio, tv, dag- en weekbladen die geen belspelletjes zijn in de zin van de vergunning G1				- Inzake de vergunning G2 ontbreken tot nu toe de KB's die verdere bepalingen concretiseren. Met o.a. als gevolg dat er tot nu toe geen vergunningen zijn uitgereikt. Verder is nog niet geweten op welke manier toezicht of controle zal gebeuren, aan welke voorwaarden moet voldaan worden en of er sprake is van leeftijdsbeperking. - Geldigheidsduur vergunning: 1 jaar

1.1.8. Spelen die niet onder de Kansspelwet vallen

Naast bovenstaande vergunde kansspelen zijn er spelen die niet onder de Kansspelwet vallen:

- De sportbeoefening. Het beoefenen van sport kan niet worden aanzien als een kansspel, hoewel de toevalsvereiste ook hier speelt, evenals de eventuele winstpremies.
- Spelen georganiseerd door amateuristische organisaties ter gelegenheid van bijzondere gebeurtenissen (niet de gestructureerde organisaties van evenementen) met beperkte inzet en een materieel voordeel van geringe waarde: bv. ezelkoersen, vinken zetten, …
- Spelen, uitgebaat door pretparken of door kermisexploitanten die slechts een zeer beperkte inzet vereisen en aan de speler of gokker slechts een materieel voordeel van geringe waarde kunnen opleveren bv. grijpkranen of eendjesspelen op kermissen.
- Kaart- of gezelschapsspelen, zoals poker, uitgeoefend buiten de kansspelinrichtingen klasse I en II (max. inzet € 0,22 en max winst € 6,20).
- Spelen die occasioneel en maximaal vier keer per jaar worden ingericht door een plaatselijke vereniging ter gelegenheid van een bijzondere gebeurtenis of door een feitelijk vereniging met een sociaal of liefdadig doel, en die slechts een zeer beperkte inzet vereisen en aan de speler of gokker slechts een materieel voordeel van geringe waarde kunnen opleveren.
  Bv. De plaatselijke voetbalclub organiseert zelf 2 x per jaar verschillende toernooien (bv. een zaklooptoernooien om de clubkas te spijzen) waarop sympathisanten kunnen inzetten. Een KB moet nog worden uitgevaardigd om de juiste waarde van inzet en voordeel te preciseren.
  Noot: het verdient zeker aanbeveling dat plaatselijke verenigingen voorafgaandelijk aan de organisatie van bv. pokertoernooien met geringe inzet, weddenschappen e.d., contact opnemen met de gemeentelijke autoriteit, politiediensten en/of de KSC.
- Spelen die aan de speler of gokker geen ander voordeel opleveren dan het recht om maximaal vijf keer gratis verder te spelen.
- Automatische kaartspeltoestellen in klasse III (spelen 3.3): met een beperkte inzet die slechts een materieel voordeel van geringe waarde opleveren (max. inzet € 0,22 en max winst € 6,20).
- Loterijen (bv. tombola in een school, een kien(bingo)avond) vallen niet onder de Kansspelwet. (zie § 1.3.).
- Spelen van de Nationale Loterij vallen niet onder de Kansspelwet, behalve hun sportweddenschappen (Scooore!). Deze worden wel gereglementeerd door de Kansspelwet.

1.1.9. Bevoegdheid van de gemeente bij vergunning van kansspelinrichtingen

Bij bepaalde kansspelinrichtingen heeft de gemeentelijke overheid een, weliswaar beperkte, specifieke bevoegdheid als een vergunning aangevraagd wordt.

- Casino's (vergunning A)

Er dient een concessieovereenkomst afgesloten te worden tussen de gemeente en de kandidaat-exploitant. Dit betekent niet dat de kandidaat-exploitant van het casino automatisch een vergunning A zal verkrijgen door de KSC. Wanneer de operator bijvoorbeeld illegale kansspelen aanbiedt zal de KSC geen vergunning geven. Daarom is het aangeraden dat de gemeente vooraf een advies vraagt aan de KSC vooraleer een concessieovereenkomst af te sluiten. De wet bepaalt dat gemeenten socio-culturele activiteiten (zoals voorstellingen, tentoonstellingen, congressen en horeca-activiteiten) mogen organiseren in casino's.

- Speelautomatenhallen (vergunning B)

Voorafgaandelijk moet door de kansspeluitbater een convenant met de gemeente van vestiging afgesloten worden. De convenant bepaalt onder meer waar de speelautomatenhal is gevestigd, de openings- en sluitingstijden (uren en dagen), wie het gemeentelijk toezicht waarneemt. De gemeente kan een convenant weigeren op bepaalde gronden, maar niet omwille van principiële redenen (bijvoorbeeld omdat de gemeente tegen gokspelen is). De weigering van de gemeente moet specifiek gemotiveerd worden op basis van concrete omstandigheden. De nabijheid van onderwijsinstellingen, ziekenhuizen, plaatsen die vooral door jongeren worden bezocht, plaatsen waar erediensten worden gehouden en gevangenissen in de buurt, kunnen een motivatie zijn om de speelautomatenhal op die plaats te weigeren.
Als voorwaarde van het convenant kunnen gemeenten een eenmalige of jaarlijkse vergoeding vragen aan de kansspeluitbater als compensatie voor politiecontroles en dergelijke.

- Drankgelegenheden (vergunning C)

Drankgelegenheden hebben bij hun aanvraag naar uitbating van kansspelen een advies nodig van hun burgemeester. Als het gemeentebestuur binnen de maand geen advies aflevert, wordt dit beschouwd als een positief advies. Gemeenten kunnen wel expliciet vragen aan de KSC om geen vergunning te geven tot er een advies komt vanuit hun gemeente. Bij negatief advies van de burgemeester is de KSC niet verplicht dit te volgen, maar er zal wel rekening mee gehouden worden als het gaat over specifieke drankgelegenheden en specifieke klachten. Bijvoorbeeld als er sprake is van cafés waar er herhaalde klachten zijn over druggebruik of vechtpartijen, kan de KSC dit negatief advies volgen. Elk dossier wordt wel steeds ten gronde besproken. Er wordt rekening gehouden met de concrete feiten van elk dossier, en de aanvrager wordt uitgenodigd om te worden gehoord door de KSC vooraleer zijn aanvraag eventueel geweigerd wordt.

- Wedkantoren (vergunning F2)

Bij de aanvraag van een vergunning F2 is een advies van de burgemeester vereist, maar niet bindend. Negatief advies kan gegeven worden als het wedkantoor niet voldoet aan de 1000 meter spreiding of aan gemeentelijke reglementaire bepalingen, bijvoorbeeld inzake brandveiligheid of hygiëne. Ook met een gemeentelijk negatief advies met betrekking tot de persoon van de uitbater wordt rekening gehouden door de KSC, bijvoorbeeld als de aanvrager het voorwerp uitmaakt van een proces-verbaal. Wedkantoren mogen zich wel in de buurt van scholen e.d. bevinden.

1.2. Spelen van de Nationale Loterij

De Nationale Loterij is een naamloze vennootschap van publiek recht onder voogdij van de minister van begroting. De Nationale Loterij heeft een monopolie met betrekking tot de organisatie van openbare loterijen (Wet van 22 juli 1991 en wet van 19 april 2002). De overheid beslist welke loterijen volgens welke spelmodaliteiten worden aangeboden door de Nationale Loterij. De Nationale Loterij heeft een beheerscontract met de overheid telkens voor een periode van 5 jaar (goedgekeurd door een KB). Het recente beheerscontract geldt voor de periode 2015-2020.
Voor het organiseren en het aannemen van weddenschappen (Scooore!) heeft de Nationale Loterij wel een vergunning (F1 en F1+) moeten aanvragen bij de KSC (Wet van 10 januari 2010 tot wijziging van de wetgeving inzake kansspelen).
Spelen van de Nationale Loterij zijn verboden voor minderjarigen.

De Nationale Loterij heeft zowel trekkingsspelen als krasloten. Spelregels van elk nieuw spel worden vastgelegd in KB's.

Voor hun online spelen (e-games) zijn er beperkingen qua inzet en betaling:

- Er mag € 300 op de spelersrekening gestort worden. Dit kan op verzoek van de speler verhoogd worden tot € 500.
- Het maximaal dagelijks verlies bedraagt € 100 en kan op verzoek van de speler verhoogd worden tot € 300.
- Winsten worden op de spelersrekening gestort tot een maximum van € 500, het overschot wordt gestort op de bankrekening van de speler.
- Geen kredietkaarten toegelaten: geld wordt ingezet via een spelersrekening, op te laden via overschrijving, online banking of gekochte herlaadkaart 'e-ticket' van € 10, 20, 25 of 50.
- Spelers kunnen zichzelf tijdelijk of definitief uitsluiten.

1.3. Loterijwet van 31 december 1851

Loterijen (of tombola's) vallen onder de Wet van 31 december 1851 op de loterijen. De Loterijwet verbiedt alle loterijen behalve loterijen ten bate van liefdadigheidsinstellingen, ter bevordering van de kunsten of voor andere doelen van algemeen nut. Zij kunnen in dit geval georganiseerd worden als vooraf toestemming is verkregen. Voor een lokale loterij is er toestemming nodig van het college van burgemeester en schepenen van de gemeente, voor een provinciale loterij van de bestendige deputatie van de provincie, en voor een nationale loterij dient men de toestemming te hebben van FOD Binnenlandse Zaken. Voor deelname aan loterijen is er geen wettelijk vastgelegde leeftijdsbeperking.
Ook het kienspel (bingo) wordt gezien als een vorm van loterij.

1.4. Europees recht

De voorschriften van de Europese Unie bepalen dat het aanbieden van kansspelen het verlenen van een dienst is en bijgevolg zou deze markt volledig vrij moeten zijn. Dit vrije marktprincipe betekent dat operatoren met een vergunning in één lidstaat hun diensten ook kunnen aanbieden aan consumenten in andere lidstaten, behalve wanneer nationale beperkingen gerechtvaardigd zijn op grond van openbare orde, consumentenbescherming en nationale veiligheid.
De rechtspraak van het Hof van Justitie bepaalde ook andere afwijkingen op het vrij verkeer van kansspelen: het betreft dwingende redenen van algemeen belang, zoals onder andere het voorkomen van fraude, gokverslaving, geldverkwisting en bescherming van de consument. Het verlies van inkomsten voor de staat is echter weerhouden door het Hof als één van de redenen om af te wijken van de vrijheid van dienstverlening. Om gebruik te maken van deze uitzonderingsmogelijkheden (afwijkingen) moet de staat wel kunnen bewijzen dat het beperkende karakter van hun maatregel een effectieve vermindering van het kansspelaanbod tot gevolg heeft.
Algemeen kan gesteld worden dat op Europees niveau geen geharmoniseerde regelgeving bestaat wat kansspelen betreft. Een harmonisatie zou betekenen dat er Europese richtlijnen zijn die strikt nageleefd moeten worden door de lidstaten. Om meer duidelijkheid te krijgen over het Europees beleid inzake kansspelen zijn de gevelde arresten van het Europees Hof van Justitie richtinggevend.

In het kader van het Europees recht kunnen bij sommige aspecten van het Belgische kansspelbeleid juridische vraagtekens geplaatst worden (Clerens, 2015). Een voorbeeld hiervan is dat een belangrijke speler op de Belgische kansspelmarkt, namelijk de Nationale Loterij, niet onder de Belgische Kansspelwet valt. Dit kan gezien worden als een schending van het gelijkheidsbeginsel omdat private kansspelaanbieders wel onder de Kansspelwet vallen. Ook zou er sprake kunnen zijn van 'inconsequentie' in die zin dat de Kansspelwet als bedoeling heeft enerzijds het gokaanbod te kanaliseren en te beperken via een systeem van een vast aantal vergunningen, maar anderzijds tolereert dat operatoren via marketing en reclame, zonder enige wettelijke beperking op het volume, potentiële spelers aanzet om deel te nemen aan kansspelen.

De Europese Commissie heeft op 17 juli 2014 aanbevelingen gepubliceerd inzake de bescherming van consumenten en gebruikers van onlinegokdiensten en ter voorkoming van onlinegokken door minderjarigen[20]. Deze tekst bevat heel wat (niet-bindende) voorwaarden waaraan online goksites moeten voldoen om de consument te beschermen. De Belgische regering wil deze aanbevelingen van de Europese Commissie laten vernietigen, omdat zij van mening is dat dit buiten de bevoegdheid van de Europese Commissie valt (Kansspelcommissie,2014). Volgens de KSC hebben deze aanbevelingen als gevolg dat de nationale regulator (de KSC) de Belgische gokmarkt minder kan controleren, dat het Belgische vergunningssysteem niet meer afdwingbaar is en dat de strijd tegen de criminaliteit, de illegale markten, witwassen en de correcte exploitatie van kansspelen in het gedrang komen. In de aanbevelingen wordt enkel gefocust op de belangen van de consument en is er veel minder oog voor de bescherming van de speler. De KSC ziet hierin een aanzet tot liberalisering van de markt waarbij buitenlandse gokwebsites, als ze voldoen aan de aanbevelingen, zonder verdere beperking hun aanbod naar de Belgische consument kunnen richten.
De druk tot liberalisering van de gokmarkt stelde zich voornamelijk bij de toenemende exploitatie van online kansspelen. Door de overschrijding van landsgrenzen bij het online gokaanbod kwam de specifieke gokregulering van elke lidstaat onder druk. België heeft in verhouding tot sommige andere landen een kansspelbeleid met strikte vergunningen (ook voor de online kansspelen) en wil dit zo behouden.

1.5. Kansspelen in België

1.5.1. Toegelaten kansspelen in casino's (vergunning A)

In een casino mag men zowel tafelspelen als automatische kansspelen aanbieden.

1.5.1.1. Tafelspelen

- Roulette (Franse, Amerikaanse, Engelse roulette)

De roulette bestaat uit een ronde bak met nummers waarin een balletje wordt geworpen. Het is de kunst te voorspellen op welk cijfer het balletje na het draaien van de cilinder terecht zal komen. De cilinder van het roulettespel bestaat uit 37 vakjes, die zijn genummerd van 0 tot en met 36: 18 rode en 18 zwarte en 1 groen vakje met een 0. Amerikaanse roulette heeft 38 getallen, waaronder 0 en 00.
Er zijn meerdere manieren om te spelen. Je kan inzetten op 1 getal, op twee getallen , op 4 getallen of op andere combinaties (op kleur, even of oneven, hoog of laag). Als op meerdere getallen ingezet is, is de eventuele winst kleiner.

- Big Wheel

Het Big Wheel-spel wordt gespeeld met een rad onderverdeeld in 52 of 54 vakken. Het is de bedoeling in te zetten op het symbool waarop het balletje blijft liggen als het rad stilvalt. De winst wordt gevormd door het bedrag van de inzet te vermenigvuldigen met het cijfer vermeld op de afbeelding op de speeltafel.

- Black-Jack of Eenentwintigen

Dit is een kaartspel, waarbij het doel is om de bank ('de dealer') te verslaan. De bedoeling is om dichter bij een puntenaantal van 21 te komen dan de bank, zonder over de 21 punten heen te gaan. Anders heeft men verloren. De aas is 1 of 11 punten waard (naar keuze), de kaarten met afbeeldingen (boer, vrouw, heer) 10 punten, de andere kaarten hebben de waarde die ze aangeven.

[20] http://eur-lex.europa.eu/legal-content/NL/TXT/PDF/?uri=CELEX:32014H0478&from=NL

De croupier deelt aan elke speler twee kaarten uit. De tweede kaart van de croupier wordt getoond. Vervolgens kan elke speler kiezen tussen stoppen of bijkomende kaarten vragen.

- Poker

Er bestaan vele pokervarianten. De meest bekende zijn Caribbean Stud Poker en Texas Hold'm Poker. Bij Stud Poker spelen de spelers tegen de bank. Elke speler doet eerst een inzet waarna de croupier vijf kaarten uitdeelt aan elke speler. De kaarten worden telkens gegeven met de afbeelding naar beneden, behalve de vijfde kaart van de croupier. De spelers kunnen pas naar hun kaartencombinatie kijken nadat alle spelers hun kaarten ontvangen hebben. Zij beslissen dan te passen of voort te spelen en de inzet te verdubbelen. Dan worden de kaarten van de croupier bekeken. Heeft de bank een combinatie van aas/koning of beter (bepaalde kaartcombinaties hebben een specifieke waarde van hoog naar laag) dan worden de kaarten van de spelers met die van de bank vergeleken. De spelers die een hogere combinatie hebben dan de bank worden betaald in functie van hun combinatie en inzet. De speler die door de bank verslagen wordt, verliest zowel de begininzet als de verhoogde inzet.
Bij Texas Hold'm verloopt het pokerspel tussen de spelers. Het casino treedt hierbij op als scheidsrechter en ontvangt een percentage van de winst.
Texas Hold'em wordt in België momenteel het meest gespeeld. Ook tijdens pokertoernooien of –kampioenschappen.

Andere kaartspelen die in casino's gespeeld worden: Baccarat, Mini/Midi Banco, Maxi Punto Banco en Bingo.

- Craps

Het spel wordt gespeeld met twee dobbelstenen. Men zet in tegen de bank. Men kan inzetten dat de shooter (werper) wint of verliest. De shooter gooit de dobbelstenen. Is de uitkomst op de eerste worp 11 of 7, dan hebben hij en alle spelers die voor hem hebben ingezet gewonnen. Zij ontvangen één keer hun inzet. Is de eerste worp een 2, een 3 of een 12, verliest de shooter en winnen de inzetten tegen de shooter (inzet wordt één keer uitbetaald). Werpt de shooter iets anders, namelijk een 4, een 5, een 6, een 8, een 9 of een 10, dan wordt dat zijn 'punt' (point) en moet hij zorgen dat hij dit punt nogmaals gooit voordat hij 7 gooit. Hij werpt net zolang, totdat hij zijn punt maakt of een 7 gooit. Gooit hij nogmaals zijn punt, dan wint hij zijn inzet. Gooit hij 7 voordat hij zijn punt heeft kunnen herhalen, dan verliest hij zijn inzet. Een shooter blijft werpen totdat hij heeft verloren; daarna wordt de linkerbuurman de nieuwe shooter.

- Sic Bo

Dit spel wordt gespeeld met drie dobbelstenen. Doel is de uitkomst van de worpen zo goed mogelijk te voorspellen. De winst hangt af van de punten die aan elke combinatie worden gegeven.

1.5.1.2. Automatische spelen

Op deze gokautomaten of EGM's kan men met een eenvoudige druk op een knop of door het aanraken van een scherm snel geld inzetten en spelen. Bij een gokautomaat speel je tegen de kansspelautomaat.
De wetgever heeft voor deze automaten in casino's een gemiddeld minimaal herverdelingspercentage voorzien van 84% (dit is niet van toepassing op de interactieve pokerspelen) en een gemiddeld uurverlies van € 70.
In casino's worden 15 automatische spelen toegelaten per aanwezige tafel die gedurende 5 uur geopend is:

- Rollerautomaten van het type 'Reel Slot' (via een hendel zet de speler de rollen van het toestel in beweging. Elke rol bevat symbolen en verschillende combinaties zijn mogelijk.

Wanneer bij het stopzetten van de rollen de symbolen op een lijn staan, zoals bij één van de winnende combinaties op het bord, wint de speler).
- Spelen van het type 'Video slot' (zelfde principe als reel slot, maar hier wordt een drukknop gebruikt).
- Spelen van het type 'Wheel of fortune'.
- Paardenwedrennen met verschillende terminals waar tenminste 12 spelers kunnen plaatsnemen (dit is geen reële paardenwedren, maar een automatisch paardenwedrenspel).
- Spelen van het type 'Keno'.
- Interactieve pokerspelen. Dit zijn meerspelerstoestellen die maximaal 10 spelers kunnen ontvangen. Een random generator verdeelt de virtuele kaarten en het toestel biedt ze aan aan de aanwezige spelers. De spelregels zijn gelijk aan de pokertafelspelen.

1.5.2. Toegelaten kansspelen online casino's (vergunning A+)

Uitsluitend casino's (vergunning A) kunnen ook een vergunning A+ bekomen. Zij bieden online dezelfde kansspelen aan als in de reële casino's (tafelspelen en automatische spelen).
Voor de online automatische spelen zijn er momenteel (december 2015) nog geen KB's die het herverdelingspercentage en het gemiddeld uurverlies vastleggen.

1.5.3. Toegelaten kansspelen in speelautomatenhallen (vergunning B)

In een speelautomatenhal zijn uitsluitend automatische kansspelen toegelaten en dus geen tafelspelen.
Aan sommige automaten kan je wel met meer dan één speler spelen: ze hebben meerdere spelersposten of terminals. In een speelautomatenhal kan er maximaal aan 49 terminals of speelposten (30 toestellen waarvan drie multiplayers) gegokt worden.
De toegelaten automatische spelen zijn verdeeld in verschillende categorieën:
- black-jack spelen
- paardenweddenschappen
- dobbelspelen
- pokerspelen
- roulettespelen
- interactief pokerspel

De wetgever heeft voor deze automaten een gemiddeld minimaal herverdelingspercentage voorzien van 84% en een gemiddeld uurverlies van € 25.

1.5.4. Toegelaten kansspelen in online speelautomatenhallen (vergunning B+)

Uitsluitend speelautomatenhallen (vergunning B) kunnen ook een vergunning B+ bekomen. Zij bieden online dezelfde kansspelen aan als in de reële speelautomatenhallen.
Voor de online spelen zijn er momenteel nog geen KB's die het herverdelingspercentage en het gemiddeld uurverlies vastleggen.

1.5.5. Toegelaten kansspelen in drankgelegenheden (vergunning C)

1.5.5.1. Bingo en one-ball

Er zijn maximaal twee kansspelen (EGM's) van het type bingo en one-ball toegelaten. Bij deze toestellen moet de speler één of meerdere balletjes in de gaten op het horizontale vlak van het spel zien te krijgen. Bij de one-ball moet dit overeenstemmen met het cijfer dat op het verticaal vlak verlicht is; bij de bingo gaan verticaal meerdere cijfers of tekens oplichten waardoor horizontale, verticale of diagonale lijnen worden gevormd. Het bingospel telt vijf balletjes, plus één extra. De one-ball telt één balletje, plus één extra.
Het gemiddelde minimale herverdelingspercentage is wettelijk vastgelegd op 84% en het gemiddeld uurverlies is € 12,50.

1.5.5.2. '3.3. toestellen'

Deze kansspelautomaten zijn meer en meer te vinden in cafés. De naam ervan verwijst naar het artikel 3.3 van de Kansspelwet dat zegt dat kansspelen die slechts een geringe inzet vereisen van de gokker en aan de speler een materieel voordeel van geringe waarde kunnen opleveren, niet onder de Kansspelwet vallen en dus geen vergunning nodig hebben. Concreet mag de inzet niet hoger zijn dan € 0,22 per spel en de winst niet hoger dan € 6,20 per spel.
Deze toestellen gelijken sterk op de klassieke kansspelautomaten. Omdat ze niet onder de Kansspelwet vallen, is het aantal toestellen per drankgelegenheid onbeperkt. Momenteel (2015) wordt onderzocht of deze kansspeltoestellen niet onder de Kansspelwet dienen te vallen, omdat het in de praktijk vaak gaat om grotere inzetten en een hogere winst dan de minimale inzet van € 0,22 en maximale winst van € 6,20.

1.5.6. Toegelaten weddenschappen

1.5.6.1. Vergunning F1 voor inrichters van weddenschappen

Zij kunnen 3 soorten weddenschappen aanbieden:

1. Weddenschappen op evenementen of gebeurtenissen. Bv. wie wordt de volgende premier?
2. Weddenschappen op sportevenementen. Bv. weddenschappen op wielrennen, voetbal, tennis, hondenrennen.
3. Weddenschappen op paardenrennen: onderlinge weddenschappen op Belgische en buitenlandse paardenwedrennen en weddenschappen tegen notering op Belgische en op buitenlandse paardenwedrennen.

De manier waarop weddenschappen georganiseerd worden verschilt.

- Onderlinge weddenschappen: bij onderlinge weddenschappen treedt de organisator op als tussenpersoon tussen de verschillende spelers. De organisator krijgt een percentage van de inzet. Het risico voor de organisator is dan beperkt.
- Weddenschappen tegen notering: bij weddenschapen tegen notering spelen de deelnemers tegen de organisator die een waardering toekent aan de waarschijnlijkheid dat een evenement zich al dan niet voordoet. Deze quoteringen bij weddenschappen zijn onder andere afhankelijk van risicobepaling en inzetten, zodat het risico op verlies voor de aanbieder beperkt blijft.

  Bij sportweddenschappen kan men niet enkel op de uitslag wedden maar ook op het aantal (doel)punten, het aantal rode kaarten, de winnaar van een toernooi, … Er zijn ook live weddenschappen. Dit betekent dat er tijdens de wedstrijd zelf nog volop kan gewed worden.

Dit heeft als gevolg dat de notering elk moment kan veranderen afhankelijk van de gebeurtenissen in de wedstrijd (in-game betting) (zie § 2.1.).

Bij weddenschappen is het door de aard van het spel niet mogelijk om een herverdelingspercentage of gemiddeld uurverlies vast te leggen. Winst of verlies is louter afhankelijk van de uitslag van de sportweddenschap of het evenement.

1.5.6.2. Vergunning F1+ voor online weddenschappen

Uitsluitend vergunninghouders F1 kunnen een vergunning F1+ hebben. Zij bieden online kansspelen aan van dezelfde aard (in dit geval dus weddenschappen) als in vaste of mobiele wedkantoren en dagbladhandels.

1.5.6.3. Vergunning F2 voor het aannemen van weddenschappen

Vergunninghouders F2 nemen weddenschappen aan in eigen naam, maar voor rekening van de vergunninghouder F1 die de betreffende weddenschap inricht.

- Wedkantoren

Zij mogen uitsluitend weddenschappen aannemen die ingericht zijn door bedrijven met een vergunning F1. De speler beschikt, in het geval van een wedrenspel, over drie mogelijkheden om in te zetten: op de winnaar of op een plaatsweddenschap op de eerste twee plaatsen, in volgorde of niet in volgorde of op een plaatsweddenschap op de eerste drie, vier of vijf plaatsen, in volgorde of niet in volgorde.

Daarnaast mogen er in het wedkantoor maximaal twee automatische kansspelen zijn die weddenschappen op soortgelijke virtuele activiteiten aanbieden als deze die aangegaan worden in het wedkantoor.
Het gaat om individuele toestellen, monospelers, gebaseerd op de weddenschappen tegen notering. Het gemiddeld uurverlies is vastgelegd op € 12,50. Er is nog geen wettelijke bepaling over het gemiddelde minimale herverdelingspercentage.

- Weddenschappen bij dagbladhandels

Bij dagbladhandelaars zijn uitsluitend sportweddenschappen en onderlinge weddenschappen op paardenwedrennen toegelaten. De weddenschappen gebeuren via een zelfbedieningsterminal.
Daarnaast kan er ook gewed worden op weddenschappen georganiseerd door de Nationale Loterij (Scooore!).

- Andere weddenschappen

Naast de online weddenschappen, de wedkantoren en de dagbladhandels kunnen ook onderlinge weddenschappen afgesloten worden binnen de omheining van een renbaan.
Ten slotte zijn er ook mobiele kansspelinrichtingen. Dit zijn tijdelijke wedkantoren ter gelegenheid van een (sport)evenement, voor de duur en op de plaats van het evenement. Zij bieden weddenschappen aan die te maken hebben met het (sport)evenement dat op die plaats doorgaat.
Zij kunnen zowel onderlinge weddenschappen als weddenschappen tegen notering aanbieden.

1.5.7. Toegelaten Mediaspelen (vergunning G1 en G2)

Dit zijn alle kansspelen die geëxploiteerd worden via de media (radio, televisie, kranten, weekbladen). De meest spraakmakende zijn de belspelletjes die als totaalprogramma een tijdlang op televisie werden vertoond. Ondertussen zijn die verdwenen op de Vlaamse televisiezenders, maar zij kunnen nog altijd aangeboden worden mits een vergunning G1 van de KSC en als ze voldoen aan de wettelijke vereisten.

Voor de vergunning G2 die kansspelen moet regelen die via de media worden aangeboden, maar geen totaalprogramma zijn zoals de belspelletjes (bv. wedstrijden via dagbladen of op het einde van een televisieprogramma), is het nog wachten op de KB's die de wetgeving moeten concretiseren. Tot nu toe zijn er hiervoor dan ook nog geen vergunningen gegeven of is nog niet bepaald welke mediaspelen onder deze vergunning vallen.

1.5.8. Loterijen

Loterijen vallen niet onder de Belgische Kansspelwet.

1.5.8.1. Nationale Loterij

De Nationale Loterij heeft zijn eigen spelen: trekkingsspelen zoals Lotto, Euro Millions, Joker+ en Keno en krasloten zoals Win for Life, Subito en Presto. Deze producten worden aangeboden in dagbladhandels, in benzinestations en supermarkten. Krasloten worden ook verdeeld via verdeelautomaten. De Nationale Loterij biedt al deze producten, evenals e-games, ook online aan.
De Nationale Loterij valt onder de Wet van 19 april 2002 tot rationalisering van de werking en het beheer van de Nationale Loterij. Spelregels van elk nieuw spel worden vastgelegd in KB's.
De sportweddenschappen van de Nationale Lotterij (Scooore!), die zij aanbieden via hun online spelplatform en in dagbladhandels, vormen een uitzondering en vallen wel onder de Belgische Kansspelwet.

1.5.8.2. Loterijen en tombola's

De loterijwet van 31 december 1851 verbiedt alle loterijen behalve als het een loterij is ten bate van liefdadigheidsinstellingen, ter bevordering van de kunsten of voor andere doelen van algemeen nut. Zij kunnen in dit geval georganiseerd worden als vooraf toestemming is verkregen. Bv. Een lokale jeugdwerking kan een tombola organiseren om hun clubkas te spijzen als ze vooraf toelating gekregen hebben van het college van burgemeester en schepenen van hun gemeente (zie § 1.3.).

1.5.8.3. Kienen (bingo)

Dit spel wordt ook beschouwd als een loterij en kan dus enkel georganiseerd worden als het ten bate is van een liefdadigheidsinstelling of een goed doel. Zij kunnen georganiseerd worden als vooraf toestemming verkregen is (zie § 1.3.).
De precieze regels voor het kienspel verschillen per spel, maar over het algemeen is het doel zoveel mogelijk van de getrokken nummers (van 1 tot en met 90) op de eigen kaart te kunnen afstrepen. Er worden achter elkaar genummerde balletjes getrokken door een spelleider of bingomachine tot iemand alle nummers op zijn of haar kaart heeft afgestreept. Die persoon is de winnaar van de spelronde. In Vlaanderen speelt men kienen meestal in grote groep in een buurthuis of in andere lokale centra.

1.5.9. Social gambling games

Er is momenteel nog veel onduidelijkheid over de precieze definitie van 'social gambling games'. Bij social gambling games onderscheidt men hoofdzakelijk twee pistes. Enerzijds wordt gefocust op de online 'Multiplayer Online Role Playing Games' waarin ook kansspelen zoals poker, black jack en roulette aangeboden worden. Deze kansspelen maken deel uit van de virtuele wereld waarin de gamer zich bevindt. Maar deze kansspelen vallen niet onder de controle van een regulerende kansspelwet. Betalende kansspelen die zijn geïntegreerd in de wereld van een spel (bv. personage in een spel speelt in die virtuele wereld op de roulette), kunnen worden beschouwd als kansspelen. Anderzijds worden binnen sociaalnetwerksites, zoals Facebook, spelen aangeboden met dezelfde karakteristieken van een kansspel, maar zonder leeftijdscontrole of ander beperkende maatregelen. De spelers kunnen geen cash geld winnen, maar wel sociale verbondenheid, status en imago. Op die manier raken jongeren op jonge leeftijd al vertrouwd met verschillende kansspelen.

1.5.10. Illegale kansspelen

Dit zijn niet-vergunde spelen. Zij worden lokaal georganiseerd of aangeboden op het internet, terwijl ze verboden zijn in België.
Zoals:

- Weddenschappen op een gebeurtenis of activiteit die strijdig is met de openbare orde of de goede zeden. Bv. Weddenschappen op hanen- of hondengevechten, op overlijdensdatum, …
- Weddenschappen op evenementen of gebeurtenissen waarvan de uitslag al gekend is. Bv. vooraf opgenomen hondenrennen.
- Gokken op illegale gokwebsites: dit zijn websites die geen vergunning hebben van de KSC[21].
- Gokken in niet-vergunde speelzalen of op straat met dobbelstenen 'Passe anglaise' en 'Barbouth', met kaarten 'Banque russe', met domino's 'Mah-jong' en 'Pai-go'.
- Pokeren op illegaal georganiseerde toernooien. Er bestaan ook legale pokertoernooien maar die beschikken over een vergunning van de KSC. Bv. pokertoernooien georganiseerd door casino's.

Bij illegale spelen zijn zowel uitbaters als spelers strafbaar.

1.6. Prevalentie van gokken

De prevalentiecijfers over gokken worden jaarlijks geüpdatet in de factsheet gokken. We verwijzen dan ook naar de website van VAD voor de meest recente publicatie. Onderzoek naar het gokgedrag en het aantal personen dat problematisch gokt is in België eerder beperkt. Het laatste grootschalige bevolkingsonderzoek naar het gokgedrag van de Belgen dateert van 2006. 60% van de Belgische bevolking had toen in het afgelopen jaar deelgenomen aan minstens 1 kansspel, waarbij de loterij en krasbiljetten het populairst bleken. 1,6% van de Belgische bevolking kon geïdentificeerd worden als een risicovolle gokker, waarvan 0,4% als waarschijnlijk pathologische gokker. Dit onderzoek is echter gedateerd. Niet alleen is er ondertussen een decennium verstreken, het onderzoek vond ook plaats voor de belangrijke recente ontwikkelingen in het Belgische goklandschap, zoals het stijgend aanbod van online gokmogelijkheden en van sportweddenschappen, en – hieraan gekoppeld – de toenemende reclame voor gokken. Het beeld dat we momenteel hebben over het gokgedrag in België en over problematische gokkers wordt fragmentarisch uit verschillende bronnen verzameld. Gegevens uit EPIS, gekoppeld aan data van de kansspeloperatoren, kunnen inzicht geven in het profiel van de speler (onder andere speelduur, speelpatroon, uitgavepatroon) en in wat hem triggert om verder te spelen. Deze analyse is momenteel niet voorhanden.

[21] Op de website van de Kansspelcommissie vindt u een lijst van geregistreerde illegale gokwebsites: http://www.gamingcommission.be/opencms/opencms/jhksweb_nl/establishments/Online/blacklist/index.html

Het gebrek aan systematisch onderzoek zorgt er ook voor dat beleidsveranderingen niet gemonitord kunnen worden.

2. Risicofactoren en problematisch gokken

Niet iedereen die gokt, ondervindt hier nadien problemen van of ontwikkelt een gokstoornis[22]. Verschillende risicofactoren maken wel dat bepaalde groepen meer risico lopen op problemen of een verslaving. De risicofactoren van gokken worden onderverdeeld in de risico's in het spel (middel), in het individu (mens) en in de omgeving (milieu). Het onderzoek naar beschermende factoren voor gokstoornissen is heel beperkt. Enkel sociale cohesie wordt her en der vernoemd als belangrijke factor (zie § 2.4.1). Beschermende maatregelen die inspelen op de risicofactoren worden in het hoofdstuk over preventie besproken.

2.1. Risico's in het spel

De aantrekking van gokken zit deels ingebakken in hoe het spel wordt opgesteld. Inherent aan gokspelen zijn bepaalde karakteristieken die het spel mogelijk gevaarlijk en verslavend maken. De meest onderzochte dimensie van structurele karakteristieken is 'tijd' (Parke & Griffiths, 2007; Griffiths & Auer, 2012). In deze dimensie onderscheiden we event frequency, bet frequency, event duration, in-game betting en pay-out interval:

Event frequency Het aantal keren dat een kansspel doorgaat binnen een bepaalde tijdsperiode. *Bv. Euro Millions heeft twee keer per week een trekking, wat een lagere event frequency is dan de dagelijkse Keno-spelen.* Hoe hoger de event frequency, hoe riskanter het spel.

Bet frequency Het aantal inzetten dat men binnen één kansspel kan plaatsen. *Bij een loterij-trekking kan men bijvoorbeeld met meerdere roosters spelen per trekking.* Bet frequency is belangrijk om de schadelijkheid van een spel in te schatten. Ook bij kansspelen met een lage *event frequency,* maar met een *hoge bet frequency* kan men namelijk veel geld verliezen.

Event duration De duur van een event (gokspel) kan sterk verschillen van enkele seconden aan een fruitmachine tot twee uur bij een sportweddenschap. De duur van het event zal sterk de *event frequency* beïnvloeden. Hoe sneller het spel opeenvolgend kan gespeeld worden, hoe riskanter. Een spel met een lange event duration maar met een kleine event frequency (bv. een wekelijkse lotto-trekking) is minder risicovol. Maar een lange event duration kan risicovoller gemaakt worden door het verhogen van de event frequency. Dit is merkbaar bij de in-game betting (cf. infra).

In-game betting Bij *in-game* weddenschappen kan men gokken op een gebeurtenis die nog aan de gang is. Gokkers kunnen bijvoorbeeld tijdens een voetbalmatch meerdere keren inzetten op verschillende weddenschappen. Er wordt dan niet enkel op de uitslag gewed, maar ook op bijvoorbeeld welke ploeg als eerste een gele kaart krijgt, wie de eerste goal scoort, … Gokkers kunnen tijdens de match hun weddenschappen aanpassen afhankelijk van het verloop van match. Dit veranderde een weinig "verslavend" spel in een hoogrisicospel voor problematische gokkers. Hieruit volgen verschillende risicofactoren: binnen eenzelfde event kunnen gokkers hun verliezen achterna jagen, gokkers hebben het gevoel dat hun vaardigheden/interpretaties impact hebben op hun kansen en het verhoogt de opwinding en spanning tijdens de wedstrijd. *In-play betting* is een interactie tussen *payout interval* en *bet frequency.*

[22] Algemeen verwijzen we naar problematisch gokken (disordered gambling). Dit omvat zowel risicovol (maar zonder diagnose) als pathologisch gokken. Beide termen worden later in het hoofdstuk verder verduidelijkt.

Payout interval Dit is de tijd tussen het einde van het *event* (de uitkomst) en de betaling. Deze parameter is vooral interessant in combinatie met de andere parameters event duration en event frequency. Een korte event duration en een korte pay-out interval geven snelle, korte spelletjes (zoals Elektronische GokMachines (EGM's), black-jack) en staan gekend hoogrisicovol te zijn. Een hoge event frequency en een kort pay-out interval zet aan om een lange tijd het spel te spelen. Denk terug aan de EGM's: op een uur tijd kan iemand heel veel korte spelletjes spelen. Men weet direct of men gewonnen of verloren heeft. Bekijk je de serie van spelletjes in zijn geheel, dan zie je operante conditionering aan het werk. Mensen geven de sterkste respons op een bepaald gedrag als ze slechts af en toe worden beloond voor een bepaald gedrag en het niet te voorspellen valt wanneer de beloning volgt. Denk maar aan de herkenbare situatie van een kind dat om een koekje zeurt. Wanneer de ouder consistent nee antwoord, zal het kind snel stoppen met zeuren. Maar wanneer op het ene moment de ouder na twee keer zeuren al toegeeft, en op een ander moment na zeven keer zeuren een koekje geeft, houdt het gedrag veel langer aan. Het kind weet immers (onbewust) dat als het maar lang genoeg blijft zeuren, er uiteindelijk wel een koekje (beloning) volgt. EGM's hebben een willekeurig en variabel beloningsschema, waardoor het een hoogrisicovol kansspel is. Spelers zijn ervan overtuigd dat de machine uiteindelijk geld zal teruggeven, ze weten enkel niet wanneer. Dit kan na tien spelletjes zijn, maar evengoed na honderd spelletjes.

De interactie van deze parameters bepaalt in grote mate het risico op problematisch gokgedrag. Het geheel is daarbij meer dan de som der delen. Afhankelijk van de toepassing van deze parameters kan men elk gokspel zeer risicovol of weinig risicovol maken. Een EGM is heel eenvoudig te veranderen naar een laagrisicospel door de spelers slechts een keer per week aan de hendel te laten trekken. Een loterij kan zeer risicovol gemaakt worden door elk uur een trekking te laten doorgaan (Griffiths & Auer, 2012).

Daarnaast zijn er nog verschillende andere manieren waarop gokspelen of -gelegenheden hun aanbod zo aantrekkelijk mogelijk maken:

Autoplay Elektronische gokmachines kunnen een autoplay functie hebben. Hierbij speelt de machine de meest optimale keuze in het spel. Dit verkort de *event duration* (menselijke beslissingen duren langer) en verhoogt daarmee de *event frequency* (Parke & Griffiths, 2007).

Speelgeld Het gebruik van jetons, coins, chips, e-cash of elektronische kaarten in plaats van echt geld doet gokkers minder nadenken over de hoeveelheid geld die men al heeft vergokt (Parke & Griffiths, 2007).

Aantrekkelijkheid van het spel Hoe interactiever het spel, hoe meer men het gevoel heeft controle te hebben over het spel en hoe meer opwinding men ervaart tijdens het spel. De betrokkenheid van gokkers kan ook versterkt worden door een soort traject in het spel te steken. Bij winst gaat men verder in het traject en komt men dichter bij de jackpot (Parke & Griffiths, 2007).

Near miss Een *near miss* is een niet-winnende uitkomst die wordt geïnterpreteerd als 'bijna winnend'. Vooral de perceptie van de gokker is hierbij belangrijk, want een *near miss* heeft hetzelfde objectieve resultaat als andere verliezende uitkomsten. Op slotmachines zullen op de eerste en tweede lijn de winnende symbolen vaker voorkomen dan op de derde lijn. Dit geeft gokkers

	het gevoel vaker 'bijna te winnen' in plaats van vaak te verliezen (Parke & Griffiths, 2007).
Casino omgeving	Het gebruik van bijvoorbeeld warme kleuren en geluidsignalen wanneer iemand wint, zet gokkers aan tot risicovollere beslissingen (Brevers, Noël, Bechara, Vanavermaete, Verbanck & Kornreich, 2014).
Jackpot	Met een jackpot heeft een speler kans op een enorm hoge winst bij een relatief kleine inzet. Jackpots worden vooral ingezet bij EGM's en loterijen. Jackpots spelen vooral in op de motivatie om te spelen (Rockloff & Hing, 2013).
Strings of losses	Een gokgebeurtenis kan bekeken worden als een reeks van verliezen en een enkele winst. Een winst is een krachtige, recente gebeurtenis, waardoor deze beter onthouden wordt. Het straffende effect van een reeks van verliezen verkleint doordat er een langere tijd overgaat voordat er in het geheugen een betekenis wordt aan gegeven. Op deze manier worden lange reeksen van verlies minder goed onthouden en korte reeksen van verliezen met snelle winsten bekrachtigen de gokker nog meer (Rachling, Safin, Arfer & Yen, 2015).

Eerder onderzoek focuste zich op de eigenschappen van de aparte gokspellen, zoals bijvoorbeeld EGM, in relatie tot het profiel van de gokkers, de ernst van het problematisch gokken en de comorbiditeit bij de gokkers. Hoewel dit nuttig onderzoek is, kan men problematisch gokgedrag niet enkel voorspellen aan de hand van het spel dat men speelt. Elk spel kan aan de hand van de bovengenoemde karakteristieken gemanipuleerd worden tot een risicovol spel. De betrokkenheid van de speler in verschillende gokactiviteiten is trouwens een betere voorspeller voor problematisch gokgedrag dan het spel zelf (LaPlante, Nelson, LaBrie & Shaffer, 2011). Het is dus zeker positief dat recent onderzoek zich meer richt op algemene, onderliggende karakteristieken. Toekomstig onderzoek probeert hopelijk de verschillende karakteristieken te integreren tot één theoretisch model (Parke & Griffiths, 2007; Goodie, 2015).

Toch heeft het onderzoek naar de clustering van verschillende spelers of spellen nog een belangrijke functie: In het begrijpen van de risicofactoren van het spel, mag men de context en de persoon die het spel speelt niet uit het oog verliezen. (Goodie, 2015). Zo zocht een recente studie naar de clustering van verschillende spelersgroepen en is er momenteel veel aandacht voor sportweddenschappen.
Een recente typologie van sociale en problematische gokkers bracht zo vijf clusters[23] naar voor (Challet-Bouju, Hardouin, Renard, Legauffre, Valleur, Magalon & Grall-Bronnec, 2015). De vier clusters uit het onderzoek zijn:

- Cluster één zijn EGM-gokkers (Elektronische GokMachines). Deze groep bestaat vooral uit vrouwen en is iets ouder. Zij beginnen op latere leeftijd te gokken. EGM's zijn hoogrisicovol voor problematisch gokken en spelers uit deze groep vergokten ook een groot deel van hun inkomen. Deze groep gokt vaak om hun problemen te ontvluchten of een depressieve stemming te verlichten. Zij vertonen dan ook vaker depressieve symptomen.

- Een tweede cluster bevat de spelers van paardenraces, pokerspelen en sportweddenschappen, meer bepaald gokspelen waar de winst niet direct bekend is. Het gaat hier meestal om mannen, die iets jonger zijn en niet alleen wonen. Zij begonnen ook vroeger met gokken en gokken vaker online. Zij zijn *novelty-seekers*, liegen vaker over hun

[23] Cluster vijf betrof de 'instant lottery' gokkers. Deze groep wordt niet gekenmerkt door specifieke factoren en vormt een vrij heterogene groep. Dit specifieke spel is niet beschikbaar in België en zal niet verder besproken worden.

gokgedrag en plegen vaker illegale acties om te kunnen gokken. Men ziet ook meer andere verslavende gedragingen in deze groep.

- Cluster drie zijn de ‘high rolling roulette’-spelers. Dit zijn voornamelijk mannen. Zij zetten hoge bedragen in. Gokken is een manier om hun problemen te ontvluchten en een depressieve stemming te verlichten. Deze groep heeft vaker last van manische episodes of obsessief-compulsief gedrag.

- De vierde cluster zijn de gokkers die vooral krasbiljetten kopen. Dit zijn meestal vrouwen, ze hebben een lager inkomen en gokken minder vaak online. Het problematisch gokken is vaak minder ernstig in deze groep. Wel zijn paniekaanvallen en eetstoornissen frequenter in deze groep.

De laatste jaren stegen sportweddenschappen sterk in populariteit en worden deze gokspelen ook in verband gebracht met problematisch gokken. Gokkers op sportweddenschappen zijn meestal eerder jonge, ongetrouwde mannen tussen 18 en 34. Zij hebben doorgaans ook een hoger diploma en werken of studeren fulltime. Risicovolle spelers zullen vaker, meerdere en grotere inzetten doen. Ze zijn ook sterk aangetrokken tot in-play betting en worden zo (nog) meer aangezet tot impulsieve beslissingen. Er is een groeiende normalisatie van sportweddenschappen. Er is een toename in de reclame (online en offline) voor sportweddenschappen en in de zichtbaarheid ervan. Meer en meer wordt de reclame voor sportweddenschappen ook geïntegreerd in sportuitzendingen en op sportwedstrijden zelf. Men spreekt van een *gamblification of sport* en *sportification of gambling.* Sportweddenschappen worden meer een legitieme activiteit. Risicovolle gokkers op sportweddenschappen kijken ook vaker naar uitgezonden sportwedstrijden, of wonen ze persoonlijk bij en worden zo meer blootgesteld aan gokreclame (ongeacht of de eerste interesse uitgaat naar de sport of de gokmogelijkheden). Ook de normatieve invloed van de omgeving is geassocieerd met problematisch gokken op sportweddenschappen. Dit kan langs twee kanten werken: men ervaart een sociale druk om aan sportweddenschappen deel te nemen of zoekt eerder vrienden op die ook gokken op sportweddenschappen (Hing, Russel, Vitartas & Lamont, 2015).

2.2. Risico’s in het individu

Geel en Fisher (in Bowden-Jones & Georges, 2015) geven het meest recente overzicht van individuele factoren die vaak geassocieerd zijn met het ontwikkelen van een gokstoornis.

- **Leeftijd** is een eerste belangrijke factor. De prevalentie voor gokstoornissen ligt (binnen de internationale literatuur) hoger in de leeftijdsgroep 16-24 jaar. Personen met een gokstoornis geven ook aan op een jongere leeftijd te zijn beginnen gokken en meer familiale, sociale, middelengerelateerde en psychiatrische problemen te hebben dan niet-problematische gokkers. Ook wordt er een groei in de prevalentie van gokken bij ouderen (65+) opgemerkt.

- **Mannen** hebben veel vaker een gokprobleem dan vrouwen. De redenen hiervoor kunnen uiteenlopend zijn. Het kan dat vrouwen minder gediagnosticeerd worden dan mannen. Maar ook is een gokstoornis sterk gerelateerd aan impulscontrolestoornissen, wat vaker voorkomt bij mannen.

- Personen met een gokstoornis hebben vaker een lagere **socio-economische status** en zijn vaker werkloos. Deze factor kan in twee richtingen werken. In armere buurten zijn er veel gokgelegenheden. Dit zou mensen met financiële zorgen kunnen aantrekken als manier om hun problemen op te lossen. Ook zou een gokstoornis bij jongvolwassenen kunnen beletten dat iemand een goede educatie en job krijgt.

- **Criminaliteit** wordt vaak in verband gebracht met gokproblemen. Personen met een zeer ernstige gokstoornis hebben soms misdrijven zoals fraude, diefstal, overvallen, … gepleegd om hun gokstoornis te kunnen bekostigen. Bij sommige gokkers kan

criminaliteit ook vooraf of tegelijk optreden met een gokstoornis, afhankelijk van de onderliggende problematiek.

- Ook **etniciteit** kan een invloed hebben. Zo is in Aziatische landen gokken meer cultureel aanvaard, waardoor de prevalentie van gokstoornissen bij deze personen hoger ligt.

- Het **gokgedrag van ouders** heeft ook een sterke invloed. Bij ouders die regelmatig gokken of zelf een gokstoornis hebben, hebben de kinderen ook vaker een gokstoornis. Dit wordt verder toegelicht bij de bespreking van het gokgedrag bij adolescenten (zie § 2.4.1).

Naast deze factoren kunnen we ook verschillende cognitieve en neurobiologische kwetsbaarheden noemen die ervoor zorgen dat een persoon meer risico loopt op het ontwikkelen van een gokstoornis.

2.2.1. Cognitieve risicofactoren

IMPULSIVITEIT

Gokstoornissen worden, net zoals middelengerelateerde stoornissen, geassocieerd met impulsiviteit. Dit wordt gedefinieerd als een voorkeur naar snelle, ongeplande reacties op interne en externe stimuli met een verminderde aandacht voor de negatieve gevolgen van deze acties voor zichzelf en anderen.

Impulsiviteit wordt onderverdeeld in impulsieve reacties (het onvermogen om een automatische of dominante respons te inhiberen) en impulsieve keuzes (de neiging om zonder nadenken de oppervlakkige, directe beloningen te verkiezen, ondanks het langetermijnrisico). Problematische gokkers hebben vooral problemen met impulsieve keuzes. Bij personen met een gokstoornis zijn er ook problemen met impulsieve reacties. Wie meer ernstige problemen vertoont in impulsiviteit zal dus ook ernstigere gokproblemen hebben.

Drang (*urgency*) is een belangrijk concept voor impulsiviteit. Daarmee wordt de neiging om tot impulsief gedrag over te gaan tijdens intense emotionele belevingen bedoeld. Probleemgokkers zullen moeilijkheden hebben om hun impulsiviteit te onderdrukken bij het voelen van heftige emoties (bv. de euforie van het winnen of de teleurstelling van het verliezen). Gokken kan ook een mogelijkheid zijn om te kunnen omgaan met negatieve gevoelens. Impulsief gedrag maakt gokkers die risico lopen op problemen kwetsbaar voor de foutieve denkpatronen geassocieerd met gokken (cf. infra) en die personen aanzetten tot risicovol gedrag. Wel hebben personen met een gokstoornis minder problemen met aandacht en werkgeheugen dan wie middelenverslaafd is (Leeman & Potenza, 2012; Chu & Clark, 2014).

Bij het ontwikkelen van een verslaving is er een verschuiving van impulsief en nieuwsgierig gedrag naar compulsief gedrag. Hieronder verstaat men acties die ongepast zijn voor de situatie en blijven duren, ook al is er geen relatie met het doel en heeft het ongewenste gevolgen. Compulsiviteit zou nog meer een rol spelen bij gokstoornissen dan bij andere middelengerelateerde stoornissen (Leeman & Potenza, 2012).

RISICO/BELONING BESLISSINGEN

Een vaak gebruikte test in het cognitief onderzoek naar gokproblemen is de Iowa Gambling Task. Proefpersonen trekken hierbij 1 kaart per ronde uit vier stapels. Bij elke ronde verliest of wint men hypothetisch geld. Hoewel aan de proefpersonen wordt verteld dat sommige stapels voordeliger zijn dan anderen, weten ze niet dat twee voordelige stapels leiden tot kleine maar stabiele winsten met tussentijdse kleine verliezen en twee nadelige stapels die leiden tot grote winsten, maar ook grote verliezen. Op langere termijn geven de eerste twee stapels meer winst. Een goede prestatie op deze

taak is dat men zijn keuze-impulsiviteit kan onderdrukken en kiest voor de geleidelijke winst en dat men het patroon opmerkt en vervolgens zijn/haar gedrag aanpast. Personen met een gokstoornis blijven consistent voor de nadelige stapels kaarten kiezen. Dit patroon wijst op de voorkeur voor grote, directe beloningen en op het minder kunnen aanpassen van het eigen gedrag op het moment dat men verliest. Zowel personen met een gokstoornis als personen met middelengerelateerde stoornissen scoren slecht op deze taak (Leeman & Potenza, 2012).

COGNITIEVE BIASES

Verschillende verkeerde denkpatronen worden geassocieerd met problematisch gokken (Fortune & Goodie, 2012), namelijk:

De gokkersfout *(gamblers fallacy)*	Wanneer een willekeurige gebeurtenis opeenvolgend tot eenzelfde uitkomst leidt, is men geneigd te denken dat nadien de tegenovergestelde uitkomst meer kans maakt. Wanneer bijvoorbeeld een roulettebal vier opeenvolgende keren op rood is gevallen, kan men verkeerdelijk veronderstellen dat zwart nadien meer kans maakt. Deze verkeerde gedachtegang zet gokkers aan tot het achternajagen van hun verliezen.
Illusie van controle	De perceptie dat men persoonlijke controle heeft over willekeurige gebeurtenissen. Zo zullen lottospelers hun kansen hoger inschatten wanneer ze zelf de nummers hebben gekozen, dan wanneer deze willekeurig gegenereerd worden door een machine. Iemand met een gokstoornis kan minder onderscheid maken tussen situaties waar men controle over heeft en situaties waar men geen controle over heeft, dan niet-problematische gokkers. Deze laatste groep zal hun gokpatroon eerder aanpassen wanneer men inziet geen controle te hebben over de situatie. Dit foute denkpatroon is vooral sterk aanwezig bij poker en andere kaartspelen.
Overmoedigheid	Een persoon is overmoedig wanneer de mate van vertrouwen in zijn kennis of mogelijkheden niet overeenstemt met de objectieve realiteit. Bijvoorbeeld, bij elke quizvraag schat men in hoe zeker men is van het antwoord. Vraagt men na de quiz aan deelnemers hun algemene indruk in hoeverre ze vertrouwen de juiste antwoorden te hebben gegeven, dan ligt deze vaak hoger dan het effectief aantal juist beantwoorde vragen.
Trends in het kiezen van nummers	Lottospelers zijn geneigd om willekeurige patronen uit lange reeksen toe te passen op korte reeksen. Zo zal men bijvoorbeeld minder geneigd zijn om de voorgaande winnende nummers te kiezen, nummers dubbel te kiezen of opeenvolgende nummers te kiezen.
Illusionele correlatie	Men gelooft ten onrechte dat gebeurtenissen waarvan men verwacht dat ze samen optreden, ook in recente ervaringen samen optraden. Zo kunnen pathologische gokkers geloven dat hun persoonlijk geluk of bijgeloof een impact heeft op willekeurige, niet-gerelateerde gebeurtenissen. Bijgeloof kan de vorm aannemen van het uitvoeren van een bepaald gedrag/ritueel, een bepaald denkproces of een talisman. Gokkers zullen de invloed van geluk op hun resultaten groter inschatten dan de invloed van vaardigheden of toeval.
Anderen zien winnen	Anderen zien en horen winnen, geeft de indruk dat winnen vaak voorkomt. Het bekrachtigt spelers om verder te gokken. Het is dus niet toevallig dat casino's hun slotmachines dicht bij elkaar zetten en een geluidsignaal laten

afgaan wanneer iemand wint, of dat een grote lottowinst in het nieuws komt. Ook bij pokertoernooien op televisie ziet men vooral de latere rondes of de vroege rondes van iemand die snel vooruitgaat in het toernooi, maar niet het grotere aantal deelnemers dat niet verder komt in het toernooi.

Verkeerde herinneringen *(interpretive control)*	Men is meer geneigd om de keren dat men heeft gewonnen te herinneren dan al de keren dat men heeft verloren. Een serie van vage verliezen verdwijnt gemakkelijk op de achtergrond bij een levendige ervaring van het spel te winnen. Verkeerde herinneringen faciliteren de rationalisatie die gokkers maken om te blijven gokken.

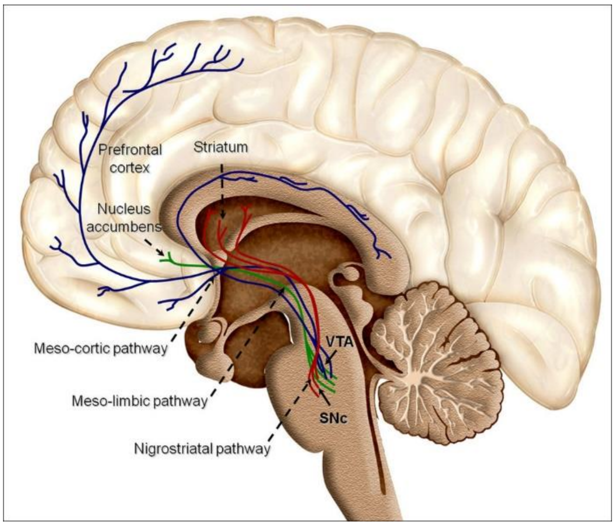
2.2.2. Neurobiologische kwetsbaarheid

Vele neurobiologische kwetsbaarheden die men ziet bij problematische gokkers zijn eigen aan verslaving en vindt men ook terug bij personen met middelengerelateerde stoornissen. Men ziet veel neurologische gelijkenissen, maar evengoed nuanceverschillen tussen personen met een gokstoornis en personen met een middelengerelateerde stoornis (Leemans & Potenza, 2012). Het neurologisch en genetisch onderzoek naar gokken geeft een unieke gelegenheid in het begrijpen van het 'verslaafde brein'. Sommige cognitieve en neurobiologische stoornissen zullen risicofactoren zijn die al aanwezig waren in de persoon voordat een (niet-)middelengerelateerde stoornis optreedt. Anderen zullen dan weer het gevolg zijn van de verslaving. Gokstoornissen geven de kans om oorzaak en gevolg in verslaving beter te kunnen onderscheiden, aangezien de hersenen niet chronisch worden blootgesteld aan toxische stoffen (Clark, Studer, Bruss, Tranel & Bechara, 2014; Grant, Odlaug & Chamberlain, 2015).

Tweelingenonderzoek toont een sterke genetische invloed op problematisch gokken. In meerdere onderzoeken is de verklaarde variantie 50% of hoger. Eveneens werd er een gedeelde achtergrond met comorbide stoornissen vastgesteld (Gyollai, Griffiths, Barta, Vereczkei, Urban, Kun & Demetrovics, 2014).

Meerdere neurotransmittersystemen en hersenstructuren oefenen hun invloed uit bij gokstoornissen. Een veelheid van studies hebben de invloeden van de neurotransmitters dopamine, glutamaat, serotonine, noradrenaline en opioïden, die betrokken zijn bij middelengerelateerde stoornissen, ook bij gokstoornissen vastgesteld (zie § 5.1.4.) . Recent werd ook de rol van de insula in gokproblemen bevestigt. De insula, een gebied diep in de groeven van de cortex, staat onder andere in voor het omzetten van interne stimuli naar bewuste gevoelens. Het innemen van een drug veroorzaakt een sterke interne sensatie wat door het bekrachtigende effect van de drugs na verloop van tijd geconditioneerd gedrag wordt. Deze interoceptieve signalen veroorzaken later de drang en craving bij verslaving. De insula wordt ook geactiveerd bij het reageren op (druggerelateerde) cues en zou dus een rol hebben bij de interactie tussen interoceptieve signalen en omgevingscues. De insula speelt ook een rol bij gokproblemen. Gokken is een opwindende en fysiek opwekkende activiteit. Tijdens het gokken gaan de hartslag en het cortisolniveau omhoog. Proefpersonen met schade aan de insula werden tijdens experimenten niet beïnvloed door *near misses* of de gokkersfout (*gamblers fallacy)* (Clark, Studer, Bruss, Tranel & Bechara, 2014). Een hyperactieve insula daarentegen zou dus mee aan de basis kunnen liggen van hun problemen. Hoewel hiertoe al eerste aanwijzingen zijn, zal toekomstig onderzoek de rol van de insula bij gokstoornissen moeten duidelijk maken (Chu & Clark, 2014).

Toch zijn er ook verschillen, zoals bijvoorbeeld in de werking van het beloningssysteem bij verslaafd gedrag. Dopamine speelt een belangrijke rol in het opmerken van stimuli die een beloning opleveren en in het motiveren tot leren**.** Het dopaminerge systeem start in de ventraal tegmentale regio (VTA) van het mesolymbisch systeem en oefent effect uit op verschillende gebieden in het limbisch systeem, zoals de amygdala, de orbitofrontale cortex, de anterieure cingulate cortex en de nuccleus accumbens. Dit systeem is verantwoordelijk voor gemotiveerd gedrag. Dopamine zorgt voor een aangenaam gevoel dat een beloning is om een bepaald gedrag na te streven. Externe invloeden zoals drugs verhogen het dopamineniveau in dit systeem. Een lager niveau van dopamine in dit systeem wordt in verband gebracht met meerdere verslavende, impulsieve en compulsieve stoornissen.



Het dopaminerge beloningssysteem (Arias-Carrion, Stamelou, Murillo-Rodriguez, Menendez-Gonzalez & Pöppel, 2010)

Hoewel het beloningssysteem een hoeksteen is in het begrijpen van verslavingen, is de rol van dopamine bij gokstoornissen nog niet volledig uitgeklaard. Recente studies toonden bijvoorbeeld geen abnormaliteiten in de dopaminereceptoren (D2/D3) bij personen met een gokstoornis. Het niveau van dopamine is wel in verband gebracht met impulsiviteit en sensation-seeking. Dat dopamine een rol speelt, lijkt duidelijk. Maar de manier waarop dopamine het beloningsysteem beïnvloedt, lijkt anders bij gokstoornissen dan bij verslavingen waarbij een neurotoxische stof wordt ingenomen (Clark, Studer, Bruss, Tranel & Bechara, 2014; Conversano, Marazziti, Carmassi, Baldini, Barnabei & Dell'Osso, 2012); Grant, Odlaug & Chamberlain, 2015).

2.3. Risico's in de omgeving

Zet blootstelling aan gokgelegenheden of gokproducten aan tot gokken? Of heeft dit enkel effect op degene die al kwetsbaar zijn? Of verergert blootstelling de problemen van degene die al problematische gokkers waren? Om een antwoord te vinden op deze vragen, bespreken we de invloed van de beschikbaarheid van gokgelegenheden en de invloed van reclame en sponsering.
Ook vrienden en familie zijn een belangrijke omgevingsfactor voor problematisch gokken. Dit wordt later opgenomen bij de bespreking van gokgedrag bij adolescenten (zie § 2.4.1.).

2.3.1. Beschikbaarheid

FYSIEKE BESCHIKBAARHEID

De beschikbaarheid van gokgelegenheden en het type van gokspel dat beschikbaar is, heeft een sterke invloed op de prevalentie van problematische gokkers. De geografische beschikbaarheid, en in het bijzonder deze van EGM's en casino's, is het meest onderzocht. Beschikbaarheid zou je ook op andere manieren kunnen definiëren. In welke mate is gokken beschikbaar via de sociale omgeving van vrienden en familie? Hoe beschikbaar is gokken omdat men weet hoe de spelen werken (hierbij denken we vooral aan het personeel van gokgelegenheden)? Welke invloed heeft de tijdsperiode waarin kansspelen beschikbaar zijn?

De fysieke nabijheid van een casino (of speelhal met EGM's) verhoogt de participatie aan gokken bij de bewoners uit die regio. Zij zullen ook meer geld uitgeven aan gokspelen. Ook de prevalentie van problematisch gokgedrag neemt toe. Het percentage gokkers dat uitsluiting vraagt van casinotoegang ligt ook hoger in de regio's dichtbij een casino. Waarschijnlijk spelen ook andere factoren een rol, zoals het aanbod in het casino, de gewoonlijke routes van inwoners uit een regio, de ligging van het casino in een druk bezochte en aantrekkelijke omgeving, de aanwezigheid van

andere gokmogelijkheden in de omgeving, … Deze zijn echter nog niet onderzocht. De invloed van beschikbaarheid is extra nadelig voor lage-SES-groepen. Socio-economisch gedepriveerde regio's bleken een hogere concentratie EGM's te hebben en evengoed een hogere prevalentie van problematisch gokken[24]. De dichtheid van EGM's in een regio (aantal machines per 1000 volwassenen) verhoogt de participatie aan gokken, maar lijkt minder invloed te hebben op problematisch gokgedrag (Vasiliadis, Jackson, Christensen & Francis, 2013; St-Pierre, Walker, Derevensky & Gupta, 2014).

ONLINE GOKKEN

De laatste jaren is het aanbod van online goksites snel gegroeid en er wordt verwacht dat de markt de komende jaren verder zal groeien. De helft van de markt wordt bezet door weddenschappen, gevolgd door online-casino-games die een kwart van het marktaandeel innemen. Online gokken verwijdert de barrières van geografische beschikbaarheid. Sinds de opkomst van online goksites, is het eenvoudig om van thuis uit 24 uur op 24, 7 dagen op 7 te gokken. De voordelen die online gokkers percipiëren zijn dat het online gokken een comfortabele manier is om te gokken, en dat hun geld beter besteed is bij online gokspelen (onder andere door de hogere pay-out rate vanwege lagere werkingskosten en de hypercompetitie online, bonussen, meer beschikbare producten met meer opties, het fysiek gemak). De keerzijde van de medaille voor de gokkers is dat men meer geld uitgeeft (doordat men minder het gevoel heeft echt geld uit te geven) en dat het invasieve karakter van internet hun dagelijkse slaap- en eetpatronen verstoort (Gainsbury, 2015).

Denken we terug aan de parameters in het spel van Griffiths en collega's (zie 1.3.1.), kunnen we theoretisch veronderstellen dat online gokken wel eens heel gevaarlijk zou kunnen zijn. Zet online gokken meer mensen aan tot gokken en/of versnelt online gokken de ernst van het problematisch gokken?
Voorlopig zijn er nog geen aanwijzingen dat online gokken rechtstreeks aanleiding geeft tot meer problematische gokkers of een invloed heeft in de intensifiëring van het probleem. Online gokken is meer een manier van toegang dan wel een nieuwe categorie in de gokspelen. Wel zien we dat risicovolle, frequente gokkers vaker ook online zullen gokken. Er is dus vaak al een problematiek aanwezig. Online gokken duidt meer op de mate waarin een persoon betrokken is bij gokken. Voor sommige online gokkers kan het medium wel bijdragen tot het ontwikkelen van problemen (Gainsbury, 2015).
Definitief is deze conclusie echter nog niet. De markt is nog maar recent in opmars en de participatie in deze gokspelen blijft nog verder groeien. Ook is online gokken vooral populair bij jonge(re) mannen en is het uitkijken naar welke invloed online gokken heeft op deze generatie (Gainsbury, 2015). Toekomstig onderzoek zal deze trends verder moeten opvolgen. Ook is het uitkijken naar onderzoek dat bekijkt of online gokken er meer toe aanzet om te gokken onder invloed van alcohol of andere drugs en wat daarvan het effect is op het gokgedrag.

2.3.2. Reclame en sponsoring

Reclame is een belangrijke omgevingsfactor. Reclame speelt in op de attitudes en sociale normen, die een directe impact hebben op ons gedrag. Hoewel de reclame op gokken logischerwijs een impact kan hebben op de prevalentie van gokken, is er nog niet veel sluitend onderzoek naar dit thema gebeurd. Methodologisch correct de impact van reclame op gedrag meten, is ook geen sinecure. Parke, Harris, Parke, Rigbye & Blaszczynski (2015) geven een eerste overzicht van dit onderzoeksthema.

In het onderzoek naar de invloed van reclame op de algemene (niet kwetsbare) bevolking kunnen we kijken naar de kwantitatieve toename in reclame, de normalisatie in reclame en het positief

[24] In België werd een soortgelijk onderzoek tot op heden nog niet uitgevoerd.

kaderen van gokken in niet gokgerelateerde activiteiten zoals bijvoorbeeld sport, televisie of feestelijkheden. De impact van een toename van reclame op de algemene populatie verschilt naargelang de markt. In een markt met veel gokmogelijkheden, zal een toename in reclame eerder zorgen voor verschuiving van productkeuze. In een markt met weinig gokmogelijkheden kan een toename leiden tot een nieuwe interesse en een verhoging van de algemene participatie in gokken. Op lange termijn kan dit effect wel afgezwakt worden, doordat individuen de negatieve gevolgen van gokken ervaren en stoppen met gokken.

Een tweede belangrijke factor is de normalisatie van gokken door reclame. Internationaal en in België is er geen wettelijke regelgeving over gokreclame. Dit gaf de gokindustrie de kans om via reclame gokken te trachten legitimeren door het voor te stellen als een sociaal en cultureel acceptabel gedrag. Herhaaldelijk blootgesteld worden aan deze gokreclame verhoogt zeer waarschijnlijk de sociale acceptatie van gokken en de legitimiteit van gokken als een vrijetijdsbesteding. Een verhoging in de sociale acceptatie van gokken *an sich*, leidt misschien niet direct tot een verhoging van het risico voor niet-kwetsbare groepen. Belangrijk hierbij is de inhoud van de informatie in de reclame. Op verschillende manieren kan de gokindustrie gokken proberen te normaliseren door het te integreren in andere vrijetijdsactiviteiten. Een duidelijk voorbeeld zien we bij de betrokkenheid van de gokindustrie in de professionele sport. Professionele sporten worden gesponsord door de gokindustrie en er is overvloedig reclame op de sportlocaties en tijdens de sportuitzendingen. Hierbij wordt gokken voorgesteld als een intrinsiek onderdeel van sport en een deel van de supportersbeleving en als een leuke, onschadelijke activiteit. Ook door het sponseren van sportevents bij specifieke doelgroepen en het aanpassen van de boodschap aan deze doelgroep kan tot een verhoging in de prevalentie van gokken leiden (Parke, Harris, Parke, Rigbye & Blaszczynski, 2015).

De impact van reclame is des te belangrijker bij kwetsbare groepen, zoals adolescenten en problematische gokkers. Huidig onderzoek wijst op een link tussen de blootstelling aan reclame en de intentie tot en participatie aan gokken bij adolescenten. De positieve reclame zorgt voor het risico dat adolescenten het verkeerde cognitief schema hebben dat gokken garant staat voor geld en plezier. Onderzoek moet nog verder verduidelijken of dit ook zou leiden tot meer gokproblemen of dat het vooral jongeren die al gokken verder bekrachtigt in hun gedrag. Degelijk onderzoek naar de impact van reclame op problematische gokkers is schaars. Probleemgokkers zijn meer sensitief en bewust van reclame en komen vaker op plaatsen waar er gokreclame is, wat onderzoek naar het effect complexer maakt (Parke, Harris, Parke, Rigbye & Blaszczynski, 2015).

2.3.3. Regional exposure theory

In het onderzoek naar de gevolgen van blootstelling aan gokgelegenheden en gokproducten kwam men tot eenzelfde conclusie. Zij het nu via de fysieke beschikbaarheid van gokgelegenheden, online gokken of reclame, blootstelling lijkt op populatieniveau te werken volgens de principes van de *regional exposure theory*. Een verhoging in de beschikbaarheid van gokken, verhoogt de participatie in het gokken en bijgevolg ook het problematisch gokken. De maatschappij past zich na verloop van tijd echter aan. De groei in gokgedrag kan afnemen of zelfs dalen, ondanks de nog steeds hogere beschikbaarheid. Verschillende mechanismen dragen hier toe bij. Personen kunnen hun gokgedrag beginnen aanpassen nadat men de negatieve gevolgen van excessief gokken heeft ervaren of de nieuwigheid is er eenvoudigweg van af. Preventiecampagnes kunnen ondertussen opgedreven zijn, de gokindustrie kan geresponsabiliseerd zijn, hulpverlening kan efficiënter aangeboden worden. Ook kan de maatschappij in zijn geheel zich bewuster zijn geworden van de risico’s verbonden aan gokken (Binde, 2014).

2.4. Risicofactoren bij specifieke groepen

2.4.1. Adolescenten

Hoewel in de meeste jurisdicties wereldwijd gokken verboden is voor minderjarigen, heeft een aanzienlijk deel van hen het voorbije jaar gespeeld voor geld. Een groep van hen zal ook problemen ervaren met gokken (VAD, 2015).

Adolescentie is een belangrijke ontwikkelingsperiode. Problematisch gokgedrag start vaak in de (vroege) adolescentie en jonge problematische gokkers startten vaker vroeger met gokken dan hun leeftijdsgenoten die niet problematisch gokken. Verschillende risicofactoren die eerder besproken werden, zoals impulsiviteit, hyperactiviteit, gedragsproblemen en onaangepaste coping, vinden hun oorsprong in de adolescentie. (Shead, Derevensky & Gupta, 2010; Brezing, Derevensky & Potenza, 2010). Naast impulsiviteit als persoonlijkheidskenmerk, is impulsiviteit ook kenmerkend voor de adolescentie door de ongelijke rijping van de hersenstructuren, waarin de prefrontale cortex trager ontwikkelt dan de mesolimbische structuren. Dit maakt adolescenten kwetsbaar voor impulsief gokgedrag (Brezing, Derevensky & Potenza, 2010).

Naast deze persoonlijke risicofactoren, zijn ook familie en leeftijdsgenoten belangrijke factoren in het al of niet ontwikkelen van problematisch gokgedrag. De meest onderzochte familiale invloedsfactor is de attitude van ouders tegenover gokken. Ouders zullen vaker hun kinderen betrekken bij gokspelen en gokken goedkeuren als een sociale en ongevaarlijke activiteit (in tegenstelling tot ander adolescent risicogedrag). Het eigen gokgedrag, ouderlijke goedkeuring en betrokkenheid bij het gokken van hun kinderen is nochtans geassocieerd met de frequentie en ernst van gokgedrag bij adolescenten. Adolescenten met gokproblemen hebben vaak ouders die zelf excessief gokken of ander verslavend gedrag vertonen. Ook zijn er aanwijzingen dat adolescenten vaker samen met broers of zussen gokken en dat de perceptie van hun gokgedrag een invloed heeft op hun eigen gokgedrag. Adolescenten die een goede hechtingsband hebben met de ouders participeren minder aan kansspelen, dit is in het bijzonder het geval bij meisjes. Omgekeerd geldt ook dat adolescenten met gokproblemen minder vertrouwen hebben in en communiceren met hun ouders. Andere familiale factoren, zoals sociodemografische variabelen, familiaal klimaat en ouderlijke monitoring en supervisie, lijken ook een associatie te hebben met de frequentie van gokken en/of problemen met gokken. Deze zijn echter nog niet voldoende onderzocht om te begrijpen hoe zij het gokgedrag van adolescenten beïnvloeden (McComb & Sabiston, 2010; Brezing, Derevensky & Potenza, 2010).

Leeftijdsgenoten hebben een sterke associatie met problematisch gokken, al is het effect waarschijnlijk wederkerig en cumulatief. Vrienden die positief staan ten opzichte van gokken zullen door voorbeeldgedrag een invloed hebben op het eigen gokgedrag, en personen die graag gokken, zullen eerder geneigd zijn vrienden te selecteren die deze interesse delen. De sociale component van gokken is voor jongeren een grotere motivatie dan bijvoorbeeld geld winnen (Shead, Derevensky & Gupta, 2010; Lussier, Derevensky, Gupta & Vitaro, 2014; Brezing, Derevensky & Potenza, 2010).

Een heel belangrijke beschermende factor bij adolescenten is sociale binding. Hieronder verstaan we de mate waarin personen een positief gevoel hebben bij, betrokken en gemotiveerd zijn tot succes in hun sociale context (familie, school, …) en de conventionele waarden van deze context accepteren. Een gebrek aan sociale binding zou een sterkere voorspeller zijn van eventuele gokproblemen dan familie, leeftijdsgenoten en persoonlijke factoren (Lussier, Derevensky, Gupta & Vitaro, 2014).

Adolescenten die al problematisch gokken lijken een meer psychologisch kwetsbare, fragiele groep te zijn dan volwassen problematische gokkers. Gokken wordt bij hen vaker gezien als een manier om zich te dissociëren van hun problemen. Ze evolueren ook sneller van recreatief gokken naar problematisch gokken, gaan consistenter hun verliezen najagen en hebben verkeerde percepties over gokken. Vroege tekenen van ADHD en impulsiviteit zijn ook geassocieerd met verslavend (gok)gedrag (Brezing, Derevensky & Potenza, 2010).

2.4.2. Gender

Al in de adolescentie zijn genderverschillen merkbaar in het gokgedrag. Meer jongens dan meisjes gokken problematisch. Zij zetten ook hogere bedragen in, nemen meer risico's en gokken vanaf een vroegere leeftijd. Bij meisjes is risicovol gokken dan weer vaker gerelateerd aan depressie dan bij jongens. (Brezing, Derevensky & Potenza, 2010). Bij volwassenen zijn mannen eerder geneigd tot face-to-face gokspelen en meer gokspelen met een vaardigheids- of kenniscomponent, zoals poker en sportweddenschappen. Zij vertonen ook meer middelenmisbruik en crimineel gedrag. Vrouwen zijn eerder aangetrokken tot minder interactieve vormen van gokken, zoals EGM's (Brezing, Derevensky & Potenza, 2010).

Hoewel problematische gokkers vaker mannen zijn en mannen ook vaker vroeger beginnen met gokken, escaleren vrouwen sneller tot problematisch gokken. Bij vrouwelijke problematische gokkers ziet men vaker angst en depressie, bij mannelijke eerder middelengerelateerde stoornissen. Vrouwen zijn aangetrokken tot gokken vanuit eenzaamheid, depressie, verveling, vijandigheid en angst, mannen meer vanuit de neiging om risico's te nemen. Hoewel stress voor beiden een risicofactor kan zijn, zullen mannen de stress de baas willen door risico's te nemen. Vrouwen zullen bij stress eerder risico's vermijden, maar zij gokken om hardnekkige piekergedachten de baas te kunnen en dus de door stress geïnduceerde stemming te verlichten. Gokken is zo bij mannen eerder een positieve bekrachtiger en bij vrouwen een negatieve bekrachtiger. Ook de sociale omgeving verschilt tussen mannen en vrouwen. Leeftijdsgenoten, broers en zussen hebben een sterkere impact op het gokken bij mannen, terwijl bij vrouwen, naast leeftijdsgenoten, vooral het gokgedrag van de ouders een sterke impact heeft. Ook lichamelijk is de genetische invloed op het gokgedrag sterker bij mannen en hebben zij vaker (impulsiviteits-)stoornissen gerelateerd aan gokken zoals ADHD en Parkinson (van den Bos, Davies, Dellu-Hagedorn, Goudriaan, Granon, Homberg & Adriani, 2013).

2.5. Van recreatief naar problematisch gokken

De omgeving bepaalt sterk of een individu al of niet begint met gokken. De beschikbaarheid van gokspelen alleen is niet genoeg. De meeste gokkers worden geïntroduceerd door meer ervaren familieleden en vrienden. Ouders introduceren hun kinderen in de volwassen wereld van gokspelen en een gedeelde interesse in sport betrekt vriendengroepen in weddenschappen (Reith & Dobbie, 2011; Kristiansen, Trabjerg & Reith, 2015).

Omgevingsfactoren zijn dan wel belangrijk voor het beginnen gokken, persoonlijke factoren en de beschikbaarheid van geld en risicovolle gokspelen bepalen of het gokken evolueert naar problematisch. Belangrijke indicatoren voor de transitie van recreatief naar problematisch gokken zijn lage socio-economische status, controleverlies en middelengerelateerde stoornissen. Een opvallend signaal voor mogelijk problematisch gokgedrag is het gokken op verschillende gokspelen of de mate van betrokkenheid bij het gokken (Clarke, Tse, Abbott, Townsend, Kingi & Manaia, 2006; Phillips, Ogeil, Chow & Blaszczynski, 2013).

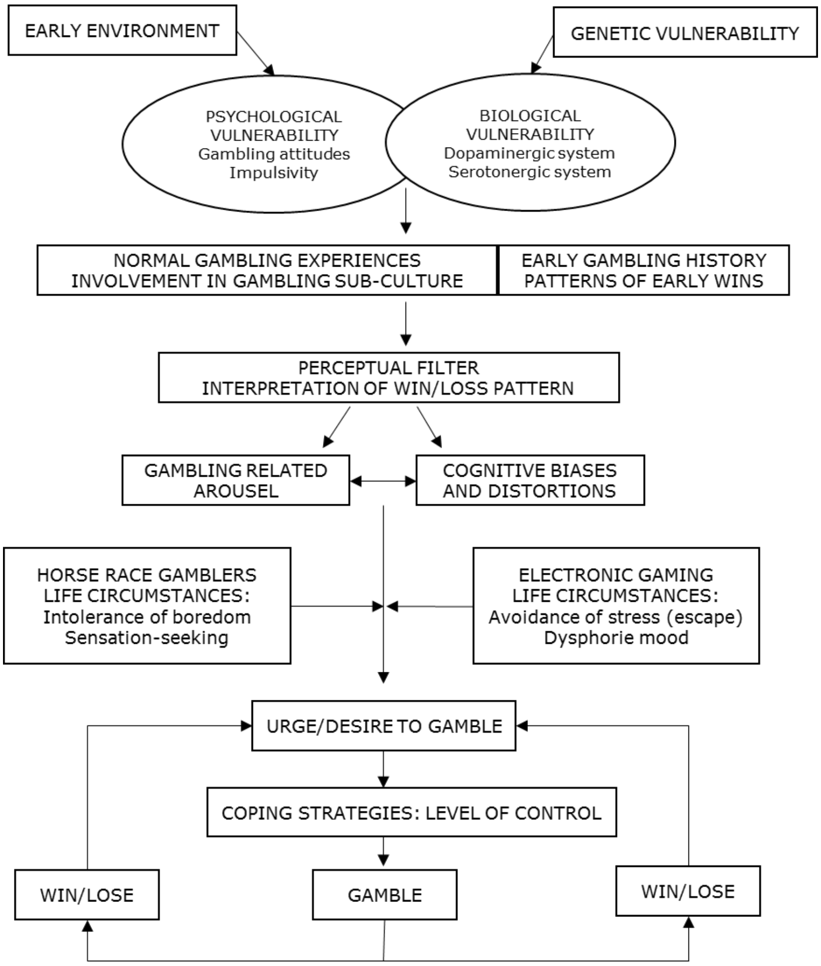
Het pathway model van Nower en Blaszczynski (Blaszczynski & Nower, 2002; Milosevic & Ledgerwood, 2010) beschrijft hoe de spel-, persoonlijke- en omgevingsfactoren samen bijdragen tot de ontwikkeling van gokproblemen. Het model maakt een onderscheid tussen drie profielen van pathologische gokkers:

- **Gedragsmatig geconditioneerde gokkers:** deze groep begint met gokken voor de spanning en het sociale aspect. Zij fluctueren tussen regelmatig en buitensporig gokken door het conditionerende effect, verkeerde denkpatronen en slechte beslissingen. Emotionele problemen zijn vooral een resultaat van het gokken. Deze groep vertoont minder ernstige gokproblemen dan de andere groepen en hebben ook minder af te rekenen met een premorbide psychopathologie, middelenmisbruik of impulsiviteit.

- **Emotioneel kwetsbare gokkers:** deze groep ervaart dezelfde conditionering als de eerste groep. Hier bovenop heeft deze groep af te rekenen met premorbide angsten/depressies, povere coping- en probleemoplossende vaardigheden, en negatieve ervaringen (familiaal, levensgebeurtenissen, …). Zij gokken als manier om te kunnen omgaan met een onderliggende emotionele problematiek. Deze groep kan ook andere onaangepaste gedragingen vertonen om te kunnen omgaan met hun moeilijkheden. Hun gokpatronen zijn vaker stabieler dan de gedragsmatige gokker. In het oplossen van hun problemen moet ook de onderliggende problematiek aangepakt worden.

- **Biologisch kwetsbare gokkers:** deze gokkers hebben een biologische en mogelijk genetische kwetsbaarheid voor gokken. Impulsiviteit, ADHD en antisociale persoonlijkheidstrekken komen vaak voor in deze groep. Hierdoor vertonen zij ook vaker delinquent gedrag en middelen(mis)gebruik. Deze groep is het meest resistent voor behandeling en preventie-initiatieven.

Een ander model is het biopsychosociaal cognitief-gedragsmatig model van Sharpe (2002). In dit model worden verschillende risicofactoren in het individu, het spel en de omgeving samengenomen om de ontwikkeling van een gokstoornis te verklaren. Genetische kwetsbaarheden en ervaringen uit de kindertijd (bijvoorbeeld kinderen die matig reageren op straf, familiale attitudes tegenover gokken, impulsiviteit) leiden tot een biologische en psychologische kwetsbaarheid. De eerste gokervaringen van deze kwetsbare personen is heel belangrijk. In vele Westerse landen is de mogelijkheid tot gokken vrij gemakkelijk. Bepaalde subculturen (bijvoorbeeld een subcultuur waarin vaak een café bezocht wordt) kunnen zorgen voor een grotere betrokkenheid bij gokactiviteiten. Gokkers die vervolgens in het begin enkele grote winsten of veel kleine winsten hebben ervaren, lopen meer risico om later problemen te ontwikkelen. Deze eerste ervaringen kunnen een sterke impact hebben op hoe personen hun gokervaringen interpreteren en een gedragspatroon vastleggen. Zo geven eerste positieve ervaringen aanleiding tot de cognitieve biases en de opwinding die gokkers tijdens het spel voelen. Hoe vaker men gokt, hoe automatischer deze patronen worden, waardoor men meer risico loopt om de controle over het gokgedrag kwijt te geraken. De levensomstandigheden van de gokker zullen op dat moment een sterke invloed hebben op het al dan niet controleverlies. Bij EGM-spelers is problematisch gokken geassocieerd met het ontvluchten van problemen. Bij gokkers met een voorkeur voor paardenraces en casino's is de trigger anders. Gokken is voor hen een spannende oplossing om gevoelens van verveling tegen te gaan. Wanneer gokken verschillende functies vervult, wordt opnieuw en opnieuw het gokken positief bekrachtigd. Interne en externe factoren lokken deze gedragspatronen uit, wat het individu een drang geeft om te gokken. Kan de speler niet goed omgaan met deze drang, vervalt men in het gokgedrag. Eens het patroon zo sterk geworteld is, zal de gokker blijven doorgaan, ongeacht of men wint of verliest.



De evolutie van gokproblemen is vaak sterk fluctuerend. Het is slechts bij weinig problematische gokkers dat de problemen lineair progressief en aanhoudend zijn. De meeste problematische gokkers wisselen tussen periodes van problematisch, hevig en verminderd gokken, zelfs op korte tijd. Het spelen op EGM's, zwaar alcoholgebruik en werkonzekerheid zijn factoren die fluctuaties in probleemgedrag sterk beïnvloeden. (Reith & Dobbie, 2013) Ook impulsiviteit wordt in deze context benoemd (Edgerton, Melnyk & Roberts, 2015).

2.6. Gokstoornissen

In 2013 publiceerde APA (American Psychiatric Association) de nieuwe DSM-5. De DSM is een internationale classificatie van alle psychiatrische aandoeningen en is een weerspiegeling van de huidige maatschappij en wetenschappelijke kennis (APA, 2014).

In de DSM-5 staat gokstoornissen omschreven als (APA, 2014):
Persisterend en recidiverend problematisch gokgedrag dat leidt tot klinisch significante beperkingen of lijdensdruk, zoals blijkt uit vier of meer van de volgende kenmerken, die binnen een periode van een jaar optreden:

(1) Moet met steeds meer geld gokken om de gewenste mate van opwinding te bereiken.
(2) Is rusteloos en prikkelbaar bij pogingen tot minderen van of stoppen met gokken.
(3) Heeft herhaald onsuccesvolle pogingen gedaan tot stoppen, minderen of beheersen van het gokken.

(4) Is vaak gepreoccupeerd met gokken (bv. persisterende gedachten en levendige herinneringen aan eerdere gokervaringen, verhindering of planning van de volgende keer, en manieren om aan geld te komen om mee te gokken).
(5) Gokt vaak bij onlustgevoelens (bv. hulpeloosheid, schuldgevoel, zorgen, somberheid).
(6) Komt vaak, na geld verloren te hebben bij het gokken, de volgende dag terug om het verlies terug te winnen.
(7) Liegt om de ernst van het gokgedrag te verhullen.
(8) Heeft een belangrijke relatie, het werk of de eigen opleiding of carrière in gevaar gebracht of verloren door het gokken.
(9) Heeft geld van anderen nodig om de uitzichtloze financiële problemen door het gokken te verlichten.

De gokstoornis kan zich episodisch of persisterend voordoen[25]. Bij een episodische stoornis voldoet men op meer dan één tijdstip aan de criteria, terwijl de symptomen tussen afzonderlijke perioden van de gokstoornis minstens enkele maanden uitblijven. Bij een persisterende stoornis heeft men meerdere jaren lang continu symptomen die voldoen aan de criteria.

Men spreekt van een lichte gokstoornis[26] als er aan vier of vijf criteria wordt voldaan. De meest voorkomende criteria zijn hierbij de preoccupatie met het gokken en het terugkomen om verliezen goed te maken. Bij een matige gokstoornis wordt er aan zes tot zeven criteria voldaan en bij een ernstig gokstoornis aan acht tot negen criteria. Het in gevaar brengen van relaties of een carrière en het gebruiken van andermans geld om te compenseren voor de verliezen, komt eerder voor bij de ernstige gokstoornissen. Echter wordt benadrukt dat ook personen die aan minder dan vier criteria voldoen, problemen door hun gokgedrag kunnen ervaren[27].

Personen met een gokstoornis worden gekenmerkt door een hoog aantal comorbide psychische stoornissen. Meer dan de helft heeft een nicotineafhankelijkheid of een ander middelengerelateerde stoornis. Daarnaast komen stemmings- en angststoornissen ook veelvuldig voor. (zie § 4.2.2. en § 5.1.3.) (Lorains, Cowlishaw & Thomas, 2011).

Ten opzichte van de vorige DSM versie, is er veel veranderd in de classificatie en diagnose van gokstoornissen (Weinstock & Rash, 2014; Petry, Blanco, Auriacombe, Borges, Bucholz, Crowley & O'Brien, 2014).

- Pathologisch gokken verhuisde van de categorie impulscontrolestoornissen naar de nieuwe categorie "Middelengerelateerde en verslavingsstoornissen". De reden hiervoor is dat een gokstoornis qua etiologie, symptomen, verloop en behandeling veel meer overeenstemt met middelengerelateerde stoornissen dan met andere impulscontrolestoornissen zoals bijvoorbeeld kleptomanie of pyromanie. Ook komen gokstoornissen vaak samen voor met middelengerelateerde stoornissen.
- De benaming pathologisch gokken werd veranderd naar gokstoornissen. Zo is er meer overeenstemming met de andere benamingen binnen deze categorie.
- Ook wat betreft de criteria van de diagnose zijn er twee belangrijke veranderingen.
  Het plegen van illegale daden is niet langer een diagnostisch criterium. Dit criterium droeg weinig bij tot de diagnostische accuraatheid van een gokstoornis, maar duidt eerder de ernst van de problematiek aan.
- De diagnostische drempel werd verlaagd van vijf naar vier criteria. De prevalentie van degene die de diagnose krijgen is zo meer in overeenstemming met de prevalentie van de personen die hulp zoeken. Toch moet men aan meer criteria voldoen dan bij de andere middelengerelateerde stoornissen, waar men maar twee criteria moet vertonen. Toekomstig onderzoek zal meer duidelijkheid moeten verschaffen over de validiteit voor een verschillende afkapscore.

[25] Dit is een nieuwe toevoeging in de DSM-5.
[26] Waar men in DSM-IV het onderscheid maakte tussen middelenmisbruik en middelenafhankelijkheid, wordt in de DSM-5 gesproken van een continuüm van lichte, matige tot ernstige middelenstoornis (APA, 2013).
[27] In onderzoek kunnen diverse benamingen en onderverdelingen gebruikt worden. Vaak wordt de klinische (vaak benoemd als *pathological gamblers*) en subklinische groep (*problem gamblers*) samen onderzocht als *disordered gamblers*.

De erkenning van gokstoornissen als een ‘gedragsverslaving’ en het duidelijk stellen van de comorbiditeit met middelengerelateerde stoornissen kan een grote impact hebben op de preventie en behandeling van de problematiek. Behandelingscentra voor middelengerelateerde stoornissen moeten gestimuleerd worden om ook te screenen voor gokproblemen, evenals bij bepaalde psychiatrische aandoeningen. Dit moet de kans verhogen dat personen met een gokstoornis een behandeling krijgen. Ook maken de veranderingen de baan vrij voor een steppedcareaanpak van gokproblemen en gokstoornissen. Bij deze aanpak biedt men eerst de minst intensieve vorm van behandeling aan en verhoogt men de intensiteit als de persoon nog steeds de schade en negatieve gevolgen van het gokprobleem ondervindt (Weinstock & Rash, 2014; Petry, Blanco, Auriacombe, Borges, Bucholz, Crowley & O’Brien, 2014).

3. Preventie

In dit hoofdstuk bespreken we preventieve interventies, zowel gericht naar het individu als structurele maatregelen, die we indelen volgens hun graad van evidentie: maatregelen met sterke evidentie en met matige effectiviteit. Interventies die onder deze laatste noemer vallen hebben potentieel om effectief te zijn, maar omwille van hun minder kwaliteitsvolle uitvoering slagen ze daar (nog) niet in.
Daarnaast sommen we een aantal interventies op die tot nu toe onvoldoende onderzocht zijn op hun effectiviteit. Ten slotte besteden we in dit hoofdstuk aandacht aan de impact van gokreclame die het potentieel van preventieve maatregelen kan hypothekeren.

3.1. Maatregelen met sterke evidentie

3.1.1. Best practice: bevorder kennis, attitudes en vaardigheden

Kennis is een van de factoren die de keuze om te gokken en de progressie naar risicovol gokken beïnvloedt. Om personen bewust te maken van hun eigen gokprofiel en de geassocieerde risico's, omvat educatie best de volgende onderdelen (Williams, West & Simpson, 2012):

- Waarom gokken verslavend kan zijn
- Signalen van controleverlies over het gokken en problematisch gokken (waaronder gokmotieven)
- De negatieve gevolgen van problematisch gokken
- De werkelijke kansen op winst van verschillende gokspelen (kennis over kansberekening)
- Normatieve informatie over tijds- en geldbesteding aan gokken
- Richtlijnen voor verantwoordelijk gokken
- Risicovolle gokpraktijken die leiden tot controleverlies en negatieve gevolgen
- Hulpverleningsmogelijkheden

De eerste logische plaats voor educatie is de school[28]. Internationaal bestaan er verschillende preventieprogramma's voor secundaire scholen (bv. *Lucky, Count on me, Youth Gambling, It's your lucky day, Stacked deck,* …). Deze educatieve pakketten richten zich voornamelijk op statistische kennis, cognitieve biases, signalen van problematisch gokken en mogelijke hulpbronnen. Vooral de attitudes en kennis over gokken blijken te veranderen door deze programma's. Effecten op gedragswijzigingen werden amper gevonden. Hierbij moet men de kanttekening plaatsen dat er weinig degelijk onderzoek is gebeurd naar deze preventieprogramma's en dat langetermijn-follow-up onderzoek zeldzaam is. Meer onderzoek kan de effectiviteit van deze programma's verbeteren (Ladouceur, Goulet & Vitaro, 2013).

Met educatie kan men wel de kennis en attitudes bijschaven, maar dit is niet genoeg om tot een gedragswijziging te komen. Een verhoogd bewustzijn over gokken moet leiden tot meer verantwoordelijke attitudes over gokken (zoals bv.: 'gok enkel met geld dat je kan missen', 'leen nooit geld om te kunnen gokken', 'gokken is een vrijetijdsactiviteit die geld kost', …). Deze worden ondersteund door het aanleren van de nodige vaardigheden om deze kennis en attitudes te kunnen toepassen (Williams, West & Simpson, 2012).

Gokkers kunnen bereikt en geïnformeerd worden via de gokgelegenheden zelf. In Nederland hebben vergunninghouders een zorgplicht die in eerste instantie inhoudt dat de operator de speler voldoende moet informeren over de (risico's van) de kansspelen, zodat de speler een weloverwogen beslissing kan nemen. Daarnaast moet de operator de speler ook informeren over manieren van verantwoordelijk gokken en de beschikbare hulpbronnen. De informatie wordt gefaseerd aangeboden

[28] In Vlaanderen wordt begin 2016 het educatief pakket 'You bet!' gelanceerd. Dit pakket werd ontwikkeld door VAD in samenwerking met CAD Limburg. In 2009 ontwikkelde de Kansspelcommissie de preventiefilm 'BLUF' en het 'Pedagogisch dossier gokken'.

aan recreatieve spelers, risicospelers en problematische gokkers. Een onderdeel van de zorgplicht is ook dat de vergunninghouder de speler moet helpen in het onder controle houden van zijn speelgedrag, via bijvoorbeeld het monitoren van de spelersprofielen. (van Leeuwen, Goossens & Lammers, 2015).
Een pluspunt van deze aanpak is de gefaseerde informatie. De informatie wordt beter opgenomen als ze aansluit bij de persoonlijke situatie van de speler en het de autonomie van de speler ondersteunt (Blaszczynski, Parke, Parke & Rigbye, 2014). Dit kan bijvoorbeeld door het aanbieden van zelftesten of het gebruiken van animaties om de informatie over te brengen (Wohl, Christie, Matheson & Anisman, 2010). Daarbij zijn er ook positieve aanwijzingen voor het gebruik van persoonlijke feedback over het gokgedrag om te voorkomen dat het gokken uit de hand loopt[29]. Operatoren, en al zeker gokwebsites, hebben een veelheid aan data die ze ook kunnen gebruiken om verantwoordelijk spelen te ondersteunen. Spelers die feedback krijgen over het risicogehalte van hun spelgedrag, verminderen in de week nadien het geld waarmee ze spelen. Een historisch verslag van het gokgedrag kan bij problematische gokkers ook de hulpverlener helpen in het begrijpen van het gokgedrag (Salmon, Wohl, Sztainert & Kim, 2015).
In België ontwikkelde de KSC een folder met daarin informatie voor gokkers, een zelftest en hulpverleningsadressen[30]. De folder bevat ook een formulier waarmee de speler zijn uitsluiting uit kansspelinrichtingen kan aanvragen. Deze folder dient in elke kansspelinrichting (ook op gokwebsites) aanwezig te zijn.

3.1.2. Best practice: verlaag de algemene beschikbaarheid van gokspelen

Een van de belangrijkste omgevingsfactoren is de beschikbaarheid van gokspelen. De beperking van het aanbod is een belangrijke maatregel voor jongeren die niet eerder werden blootgesteld aan gokgelegenheden, voor jurisdicties met weinig voorgaande blootstelling, en bij de introductie van nieuwe vormen van gokken (Williams, West & Simpson, 2012).

Er is een sterke, directe associatie tussen het aantal gokgelegenheden per capita en de prevalentie van problematisch gokken. Dit geldt zeker voor lagere socio-economische buurten. In deze buurten vindt men meer kwetsbare personen (vanwege middelengerelateerde stoornissen, laag inkomen, …) en men kan hen beschermen door een lagere beschikbaarheid (Williams, West & Simpson, 2012). Wel blijkt uit de voorbeelden internationaal dat het belangrijk is om het aanbod en de mobiliteit in de regio te begrijpen, wil men effectief de beschikbaarheid kunnen verlagen.

Het enkel toelaten van vergunde operatoren geeft ook de mogelijkheid om strategieën voor verantwoordelijk gokken en klantenbescherming te koppelen aan de licentie. Ook zou men de operatoren kunnen aanmoedigen om hun relevante data te delen voor onderzoek en samen te werken met de gezondheidssector (Gainsbury, Blankers, Wilkinson, Schelleman-Offermans & Cousijn, 2014).

Sommige landen beperken ook de openingsuren van speelhallen en wedkantoren, uitgezonderd de casino's. Hoewel sommige risicovolle gokkers hierdoor minder gokten, verlegden sommige gokkers hun activiteit naar andere beschikbare gokgelegenheden (casino's, online, …). Deze maatregel heeft dus slechts een beperkte impact (Gainsbury, Blankers, Wilkinson, Schelleman-Offermans & Cousijn, 2014).

Verschillende landen hebben ook maatregelen genomen om het online gokken te reguleren. Zo is het in België enkel toegelaten om te gokken op vergunde gokwebsites. Vergunningen voor online kansspelen worden enkel toegekend aan operatoren die al beschikken over een landbased vergunning (zie § 1.). De KSC stelt ook een lijst met niet-vergunde websites (illegale websites) ter beschikking.

[29] Buitenlandse voorbeelden zijn Mentor (www.neccton.com/en/about-mentor-en.html) en Playscan (playscan.com).
[30] http://www.kansspelcommissie.fgov.be/opencms/opencms/jhksweb_nl/protection/folder/

3.1.3. Best practice: ban, verlaag of beperk de hoogrisicovolle gokspelen

Zeer risicovolle spelen zijn gokspelen die elkaar snel opvolgen en continu kunnen doorgespeeld worden, zoals EGM's, continue loterijen en casino-tafelspelen. Het bannen of substantieel verlagen van deze gokspelen heeft een sterke preventieve waarde. Noorwegen, South Dakota en South Carolina voerden een significante beperking (of verbod) door op EGM's. In de weken en maanden nadien daalde het aantal personen die hulp zochten direct. Een voorbeeld uit Australië leert wel dat de verlaging een significante verandering in het aanbod moet weerspiegelen om effect te hebben. Enkele regio's met een hoge prevalentie aan personen met een gokstoornis verlaagden het absolute aantal machines. Deze maatregel had echter geen effect. De regio's met een hoge prevalentie hadden ook de meeste machines op hun grondgebied. Een procentuele verlaging van het aantal machines veranderde niets aan de beschikbaarheid van de machines voor het individu (Williams, West & Simpson, 2012).

Men heeft eerder geëxperimenteerd met het aanpassen van de parameters in EGM's. Bepaalde parameters (zoals geen grote winsten aan het begin van het spel, lagere frequentie van 'near misses', verlagen van maximum inzet, …) konden de schadelijke gevolgen bij problematische gokkers beperken. Het effect van deze aanpassingen is nog niet onderzocht bij beginnende spelers. Het is dus nog niet geweten of deze aanpassingen ook preventief werken bij beginnende spelers en het recreatieve karakter van gokken benadrukken. Ook neemt dit niet het verslavende karakter van het spel weg. Maatregelen als deze kunnen vergeleken worden met het plaatsen van een filter of het verlagen van het teergehalte bij sigaretten (Williams, West & Simpson, 2012).

3.1.4. Best practice: beperk de toegang tot kansspelen

De ene persoon is meer kwetsbaar voor het ontwikkelen van gokproblemen dan de andere. Er kan dus veel voordeel gehaald worden uit het verbieden of beperken van de toegang aan bepaalde kwetsbare personen.

Een van de meest effectieve maatregelen om jongeren te beschermen is het verbieden van gokken bij minderjarigen. De meeste landen hebben een leeftijdsverbod, de minimum leeftijd varieert van 15 tot 21 jaar. Al mogen soms minderjarigen wel gokken op bepaalde spelen, zoals bijvoorbeeld loterij of EGM's met lage winstmogelijkheden. De aanbeveling is om de minimumleeftijd zo hoog mogelijk vast te leggen. Jongeren pas op oudere leeftijd toelaten om te gokken is een sterke preventieve maatregel. Het adolescente onrijpe brein is nog gevoelig voor risicovol gedrag. Daarnaast kunnen verslavende gedragingen op jonge leeftijd leiden tot een langetermijn neurologische kwetsbaarheid. In België is het verboden voor jongeren onder de 21 jaar om te gokken in casino's en kansspelautomatenhallen (zowel reële als online kansspelen). Vanaf 18 jaar mag er gegokt worden op sport- en paardenwedstrijden, op bingo's in cafés en op de producten van de Nationale Lotterij. Hoewel het wettelijk verboden is, vinden sommige minderjarigen hun weg naar de gokspelen. Het effect van deze maatregel wordt mede bepaald door de wettelijke opvolging ervan. Daarnaast is ook het voorbeeldgedrag van familie en omgeving belangrijk. Ouders beschouwen gokken vaak als een minder schadelijk gedrag dan middelengebruik. Toch zijn zij belangrijke personen die ongereguleerd gokken bij adolescenten kunnen voorkomen. Jongeren tussen 18 en 25 jaar zijn een belangrijke risicogroep voor problematisch gokken en daarom is het belangrijk om hen op een verantwoordelijke manier te leren omgaan met spelen voor geld. (Williams, West & Simpson, 2012; Gainsbury, Blankers, Wilkinson, Schelleman- Offermans & Cousijn, 2014).

3.2. Maatregelen met (onterechte) beperkte effectiviteit

Sommige maatregelen tonen (internationaal) slechts een matige effectiviteit. Toch ligt dit voor een aantal eerder aan een gebrekkige uitvoering. Deze kunnen verbeterd worden om een grotere impact te hebben.

Zo worden zelfuitsluitingsprogramma's wereldwijd gebruikt, al hebben ze slechts een beperkte impact. Het enkel ter beschikking stellen van deze mogelijkheid zet weinig problematische gokkers aan om zichzelf de toegang te ontzeggen. Meestal is dit programma ook slechts een afspraak tussen de aanbieders en de gokkers, niet een afdwingbaar contract. Voor de gokinrichting is er vaak geen gevolg als men het programma niet opvolgt. De effectiviteit staat of valt ook met in hoeverre het individu gecontroleerd wordt, de toegang effectief ontzegd wordt en eventueel de gevolgen ondervindt als men de afspraken overtreedt. Meestal is de zelfuitsluiting ook herroepbaar, is de duur van de banning te kort en zijn niet alle gokgelegenheden inbegrepen in het systeem (slechts enkele landen passen dit ook toe op online gokken). Het is ook essentieel dat er aanvullende therapie beschikbaar is voor de persoon in kwestie (Williams, West & Simpson, 2012; Gainsbury, Blankers, Wilkinson, Schelleman- Offermans & Cousijn, 2014).

In vergelijking met andere landen is het zelfuitsluitingsprogramma in België beter uitgewerkt. In België kan elke gokker voor zichzelf en elke belanghebbende voor een derde een toegangsverbod aanvragen. De KSC behandelt de procedure. Het toegangsverbod is geldig in de reële en virtuele casino's en speelhallen. De identiteit wordt gecontroleerd via het EPIS systeem (zie § 1.1.6. en § 5.2.5.1.). De toegang wordt ook automatisch ontzegd aan personen die onder een collectieve schuldenregeling vallen of aan personen waarbij de toegang ontzegd wordt op basis van een gerechtelijke beslissing[31].

Ook Nederland behaalt betere resultaten. Het casino benadert proactief risicovolle gokkers met de vraag of men een bezoeklimiet wil instellen of zich wil opgeven voor een toegangsverbod (Williams, West & Simpson, 2012).

In de gokgelegenheid zelf is het problematisch gokgedrag nog het meeste zichtbaar. Kortdurende interventies door de operator kunnen een eerste stap zijn in het voorkomen van problematisch gokgedrag. Kortdurende interventies in casino's zijn blijkbaar effectief op voorwaarde dat ze grondig aangepakt worden. De speler moet proactief benaderd worden. Het gesprek moet gaan over mogelijke manieren om schadelijke gevolgen te beperken, en over een eventuele doorverwijzing naar hulp (Blaszczynski, Parke, Parke & Rigbye, 2014). Een korte interventie in deze context is niet gemakkelijk.
De speler moet het eigen risicogedrag inzien en bereid zijn er iets aan te doen. Het personeel kan worden getraind in het herkennen van problematisch gokgedrag, het aanspreken van de persoon in kwestie en doorwijzen naar de hulpverlening. Waar deze maatregel werd uitgevoerd, daalt na verloop van tijd echter de effectiviteit. Zolang men niet wettelijk verplicht is deze verantwoordelijkheid op te nemen, is men afhankelijk van de bereidwilligheid van de aanbieder in kwestie. Het is moeilijk de maatregel levend te houden bij het personeel door o.a. het hoge personeelsverloop. Ook het gokgedrag van het personeelslid zelf is bepalend voor zijn of haar bereidheid om deze maatregel te ondersteunen (Williams, West & Simpson, 2012).

3.3. Onvoldoende onderzochte maatregelen

Van sommige maatregelen weet men (nog) niet of deze effectief zijn. Er is een sterke theoretische onderbouwing voor sommige maatregelen, maar zolang er maar weinig landen deze doorvoeren, is de impact ervan niet gekend. Sommige ingevoerde maatregelen zijn onvoldoende onderzocht op het moment van de implementatie.

Maatregelen die ingrijpen op het gespendeerde bedrag zijn: het vooraf vastleggen van de inzet en het beperken van de mogelijkheid om geld af te halen in de gokgelegenheid zelf. Het vooraf moeten vastleggen voor hoeveel geld men wilt gokken is een redelijk nieuwe strategie. Uit de eerste experimenten blijkt dat het succes afhangt van verschillende factoren. Deze maatregel kan pas de meeste impact hebben als ze geldt voor alle gokspelen en voor alle operatoren. Ook moet de tijd waarin dit budget gespendeerd kan worden voldoende lang zijn. De keuzevrijheid van de speler

[31] Voor de meest recente informatie over het toegangsverbod verwijzen we naar het jaarverslag van de Kansspelcommissie op www.kansspelcommissie.fgov.be/opencms/opencms/jhksweb_nl/gamingcommission/RA/

speelt hierin ook een belangrijke rol. Is iedere speler vrij om te kiezen om gebudgetteerd te werken en is er controle op de overschrijding van dit budget? Het zou positief zijn om deze maatregel wijd bekend te maken bij recreatieve gokkers als een vrijwillige optie om hun budget te beheren. Problematische gokkers hebben misschien eerder baat bij een dwingende maatregel. Ook kan dit, zoals zelfuitsluiting, een hulpmiddel zijn in de behandeling van personen met een gokstoornis waarbij abstinentie (nog) niet haalbaar is (Williams, West & Simpson, 2012; Blaszczynski, Parke, Parke & Rigbye, 2014).

Ook kan men een limiet op maximaal verlies per week of maand plaatsen. Dit wordt momenteel nog maar heel weinig toegepast, of men gebruikt dergelijk hoge limieten waardoor er maar weinig bescherming is. Noorwegen heeft recent een 'smart card' ingevoerd voor EGM's, sportweddenschappen en online gokken. Hiermee kan men per persoon een dag- en maandlimiet instellen. De maatregel is momenteel nog niet geëvalueerd (Williams, West & Simpson, 2012).

Een andere maatregel die ingrijpt op het impulsieve karakter van problematisch gokgedrag is de 'cooling-off'. Hoewel nog niet veel geweten is over hoe zo een cooling-off er best uitziet, kan men veronderstellen dat pauzes in het spel de speler uit zijn dissociatieve staat halen en tijd geven om na te denken over zijn of haar gedrag (Blaszczynski, Parke, Parke & Rigbye, 2014). Typische onderbrekingen van het spel zijn: om te eten, te drinken of te roken (gezien de hoge comorbiditeit tussen nicotineafhankelijkheid of alcoholafhankelijkheid met gokstoornissen) (Williams, West & Simpson, 2012). Hoewel België al sinds enkele jaren een rookverbod op publieke plaatsen heeft, passen speelhallen en casino's vaak creatieve oplossingen toe om hun spelers te laten roken zonder dat het spel moet onderbroken worden. Ook bieden casino's gratis eten en drinken aan hun cliënten aan. Het bedrag dat casino's mogen spenderen aan klantencadeau's is wettelijk gelimiteerd (zie § 1.). In Belgische casino's mag er alcohol geserveerd worden, in speelhallen en wedkantoren niet.

3.4 Reclame

De impact van reclame varieert afhankelijk van de kwaliteit van de reclame, het product, de nieuwheid van het product op de markt, de consument die de reclame ziet en de bekendheid van de consument met het product. Reclame heeft kortstondig een effect op: het binnenhalen van nieuwe spelers voor nieuwe gokspelen in een immature markt (waarvan een klein percentage problematisch zal gokken), het intensifiëren van gokgedrag in regelmatige gokkers en het verhogen van de kans op terugval bij problematische gokkers (Williams, West & Simpson, 2012). Reclame stelt gokken vooral voor als een leuke, sociaal geaccepteerde activiteit en kadert deze als onderdeel van andere vrijetijdsbestedingen, zoals bij sportweddenschappen. Dit positieve beeld van gokken wordt zelden bijgesteld met informatie over de mogelijke negatieve gevolgen van gokken.

Reclame op sociale media heeft een grotere impact op de kijker dan traditionele onderbrekingsreclame. Sociale media zouden de leeftijd van hun gebruikers kunnen nagaan, om te vermijden dat adolescenten deze reclame zien. Daarnaast delen operatoren via sociale media ook regelmatig promo's aan hun klanten uit d.m.v. bonussen en dergelijke. Deze aanbiedingen lokken zeker de problematische gokker. Het is belangrijk dat het duidelijk is voor de speler wat deze promo concreet inhoudt, wat de consequenties zijn en dat voldoende informatie voorhanden is om een juiste beslissing te nemen om al dan niet op deze promo in te gaan (Blaszczynski, Parke, Parke & Rigbye, 2014; Parke & Adrian, 2014).

4. Vroeginterventie

4.1. Inleiding

Hoe vroeger men optreedt in het proces van de ontwikkeling van een gokstoornis, hoe groter de perspectieven op gedragsverandering en de kans op herstel. De mogelijkheden van de betrokkene om gedragskeuzes te maken zijn dan nog groter dan wanneer er sprake is van een stoornis. De relatie met de directe omgeving is ook nog niet overmatig verstoord, zodat partner, ouders, vrienden en andere naasten in het verdere verloop een ondersteunende en beschermende rol kunnen spelen. Vroegdetectie en vroeginterventie dienen dan ook een prominente plaats te krijgen op het continuüm van preventie en zorg.

4.2. Vroegdetectie van riskant en problematisch gokgedrag

Vroegtijdige detectie van riskant of problematisch gokgedrag is de basis waarop verdere interventies kunnen bouwen. Hoe sneller riskant gedrag gedetecteerd wordt, hoe sneller kan ingegrepen worden en eventuele stoornissen voorkomen kunnen worden (Hodgins D. et al, 2007). Op welke manieren kunnen we riskant gedrag opsporen?

4.2.1. Screening – assessment - diagnosestelling

Het samenspel van screening, assessment en diagnosestelling is nodig om een goede inschatting te kunnen maken van een gokprobleem.

De begrippen assessment en screening worden nog al eens door elkaar gebruikt in de literatuur. De doelstellingen van beide zijn echter verschillend:

- Het doel van de screening is om mogelijke gokstoornissen te detecteren op een (grotere) groep van mensen.
- Het doel van het assessment is enerzijds tot een diagnose te komen en anderzijds de behandeldoelen op maat van de cliënt in kaart brengen (PRGTC, 2011).

4.2.2. Wie screenen?

Zoals bij veel geestelijke gezondheidsproblemen schamen cliënten zich omwille van hun gokprobleem. Trots, schaamte en ontkenning vormen dan ook barrières om hulp te zoeken (zie § 5.1.2.) (Bondolfi G. et al, 2002). Sullivan en collega's (1998) kwamen tot de conclusie dat cliënten zich dikwijls wenden tot hun huisarts, maar dan met andere klachten en zonder hun gokprobleem te onthullen. Hetzelfde gaat vermoedelijk ook op voor cliënten die andere hulpverleners raadplegen. Verschillende signalen kunnen indicaties geven om te screenen. Gezien de comorbiditeit met andere problemen groot is, dient een screening overwogen te worden bij onderstaande problematieken.

Financiële problemen

Financiële problemen bij mensen met een gokprobleem komen vaker wel dan niet voor. OCMW's en CAW's worden dan ook aangeraden om te screenen op gokproblemen.[32]

[32] Meer informatie over de aanpak van gokken in het CAW en OCMW is terug te vinden in de leidraad gokken van VAD: Gokken. Herkennen van en omgaan met gokproblemen bij cliënten in OCMW en CAW (De Bock, 2012)

Intrafamiliaal geweld

Onderzoek toont aan dat er een verhoogd risico is voor partnergeweld bij gokstoornissen. Muelleman en collega's (2002) deden onderzoek bij vrouwen die op spoeddiensten werden opgenomen. Zij vonden een significante relatie tussen partnergeweld en gokstoornissen. Vrouwen met een partner die gokte kwamen veel meer in aanraking met partnergeweld. Partnergeweld bij mensen met een gokstoornis werd eveneens veelvuldig gevonden door Korman en collega's (2008). Zij vonden bij 63% (n=248) van de mensen met een gokstoornis dat ze pleger en/of slachtoffer waren van partnergeweld in het afgelopen jaar. 25% pleegde zelf ernstig partnergeweld. Afifi en collega's (2010) vonden niet alleen een verhoogd risico op partnergeweld, maar ook op kindermishandeling. Hoe ernstiger de gokstoornis was, hoe meer geweld ze vonden.
Op basis van deze bevindingen is het aangewezen dat CAW's en andere betrokken hulpverleners screenen op gokstoornissen bij de daders van intrafamiliaal geweld (partnergeweld en kindermishandeling).

Geestelijke gezondheidsproblemen

Lorains en collega's onderzochten de prevalentie van comorbide psychiatrische stoornissen bij problematische en pathologische gokkers in de algemene volwassen bevolking. Zij concludeerden in hun review dat gokproblemen in hoge mate geassocieerd zijn met andere mentale gezondheidsproblemen. De hoogste prevalentie werd gevonden voor nicotineafhankelijkheid (60%) en middelengebruik (58%) gevolgd door de verschillende types van stemmingsstoornissen (38%) en angststoornissen (37%) (Lorains, Cowlishaw & Thomas, 2011).

Dowling en collega's toonden in hun review en meta-analyse aan dat het beeld uit bovenstaand populatieonderzoek niet ver afwijkt van de dubbeldiagnosecijfers bij gokkers in behandeling. Zij kwamen tot de volgende conclusies: Er is een hoge mate van comorbiditeit met huidige (75%) en 'lifetime' (76%) As I-stoornissen bij hulpzoekenden met een gokstoornis. De meest voorkomende huidige stoornissen zijn hier evenzeer nicotineafhankelijkheid, majeure depressie, alcoholmisbruik en –afhankelijkheid, sociale fobie, angststoornis, paniekstoornis, posttraumatische stress-stoornis, cannabismisbruik, ADHD, aanpassingsstoornis, bipolaire stoornis en obsessieve-compulsieve stoornis. De meest voorkomende 'lifetime' comorbide stoornissen zijn majeure depressie en alcohol- en middelenmisbruik (Dowling, Cowlishaw, Jackson, Merkouris, Francis & Christensen, 2015).
Men zou kunnen vermoeden dat cliënten in behandeling een ernstigere gokproblematiek hebben en mogelijk ook ernstigere of meer comorbide psychiatrische problemen hebben. Toch liggen de dubbelediagnosecijfers bij gokkers die zich specifiek voor hun gokprobleem laten behandelen niet consistent hoger dan de comorbiditeitscijfers die we zien in de algemene populatieonderzoeken. Het is mogelijk dat gokkers met comorbide stoornissen zich eerder wenden tot de algemene geestelijke gezondheidszorg of de verslavingszorg met de andere stoornis als prioritair aanmeldingsprobleem, dan dat ze hulp zoeken voor hun gokprobleem (Dowling at al, 2015).
Het is dan ook belangrijk dat comorbide stoornissen worden herkend. Door bovenstaande cijfers zou men er enerzijds vanuit kunnen gaan dat gokproblemen indicatief zijn voor onderliggende pathologie. Anderzijds schuilen achter bepaalde pathologieën vaak gokproblemen (Dowling et al, 2015).

Op basis van deze bevindingen bevelen we de geestelijke gezondheidszorg en in het bijzonder de verslavingszorg aan om te screenen op mogelijk problematisch gokgedrag en gokstoornissen.

Gezien cliënten zelf hun probleem niet snel ter sprake zullen brengen, wordt een selectieve screening door welzijns- en gezondheidswerkers aanbevolen. Wanneer hulp geboden of gevraagd wordt voor bovenstaande problematieken wordt best (kort) gescreend op een onderliggende gokproblematiek. We raden aan om te screenen in volgende settings: huisartsen, schuldhulpverlening, hulpverleners bij daders van intrafamiliaal geweld, geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg.

4.2.3. Vragenlijsten

Het gebruik van een gevalideerde vragenlijst is het beste hulpmiddel om een mogelijke stoornis zo vroeg mogelijk op te sporen. Internationaal werden er tal van vragenlijsten ontwikkeld. Helaas werden er nog geen vragenlijsten in België gevalideerd.

De bedoeling van een screeningsinstrument is inschatten of er een verder assessment en diagnosestelling moeten gebeuren. De meeste screeningsinstrumenten werken met een afkapscore. Door deze aan te passen, kan je de gevoeligheid van de vragenlijst aanpassen. Men noemt dit de sensitiviteit en specificiteit van de test. Een hoge sensitiviteit wijst op een hoge proportie van werkelijk problematisch gokkers. Een hoge specificiteit wijst op een laag aantal vals positieve resultaten.

Er zijn internationaal meer dan 25 screeningsvragenlijsten die worden gebruikt om problematisch gokgedrag op te sporen. Een Australische groep (The Problem Gambling Research and Treatment Centre: PGRTC) deed in 2011 onderzoek naar de 16 belangrijkste instrumenten. De onderzoekers vonden onvoldoende wetenschappelijke evidentie om een wetenschappelijke richtlijn op te baseren. Op basis van consensus werden de instrumenten die in het **vet** staan in de tabel 1 (volwassenen) en tabel 2 (adolescenten) aanbevolen (PRGTC, 2011).

In de keuze van screeningsinstrument kunnen een aantal elementen belangrijk zijn. In principe is de validatie van een instrument in het eigen land daarin een van de belangrijkste elementen. Gezien geen van de vragenlijsten in Vlaanderen werd gevalideerd, namen we dit niet mee in de onderstaande tabellen.

PRGTC beoordeelde screenings- en assessmentinstrumenten door elkaar. Dit omdat het niet altijd duidelijk is of het om een screenings- of assessmentinstrument gaat. De terminologie wordt nogal eens door elkaar gebruikt. U vindt de instrumenten met een '*' terug in de bijlagen van dit dossier.

Tabel 1: Evaluatie van instrumenten voor volwassenen (PRGTC, 2011)

Instrument	Lengte[33]	Sensitiviteit/specificiteit[34]	Psychometrische eigenschappen[35]
Brief Bio-Social Gambling Screen (BBGS)*	Kort	Uitstekend	Beperkte data
Early Intervention Gambling Health Test (EIGHT screen)*	Medium	Redelijk	Uitstekend
Gamblers Anonymous Twenty Questions (GA20)*	Lang	Redelijk	Goed
Lie-Bet Questionnaire*	Kort	Redelijk	Beperkte data
National Opinion Research Center DSM Screen for Gambling Problems (NODS)*	Lang	Redelijk	Goed
NODS-CLiP*	Kort	Goed	Beperkte data
Problem and Pathological Gambling Measure (PPGM)	Lang	Uitstekend	Redelijk
Problem Gambling Severity Index (PGSI)* part of the Canadian Problem Gambling Index (CPGI)	Medium	Redelijk	Redelijk
South Oaks Gambling Screen (SOGS)*	Lang	Redelijk	Redelijk
Sydney Laval University Gambling Screen (SLUGS)	Medium	Beperkte data	Goed
Victorian Gambling Screen (VGS)	Lang	Beperkte data	Uitstekend

Tabel 2: Evaluatie van instrumenten voor adolescenten (PRGTC, 2011)

Instrument	Lengte	Sensitiviteit / specificiteit	Psychometrische eigenschappen
CAGI Gambling Problem Severity Subscale (GPSS)	Medium	Goed	Beperkte data
DSM-IV-J/DSM-IV-MR-J	Medium	Redelijk	Redelijk
Massachusetts Gambling Screen (MAGS)	Medium	Redelijk	Redelijk
South Oaks Gambling Screen – Revised for Adolescents (SOGS-RA)	Medium	Redelijk	Redelijk

Op basis van de bevindingen van Volberg e.a. (2011), PRGT (2011) en Cowlishaw e.a. (2014) kunnen we concluderen dat een getrapte screening het meest aangewezen is. In sommige settings wordt

[33]Lengte: Kort = 1 tot 3 items - Medium= 4 tot 12 items - Lang = 13 of meer items
[34] Sensitiviteit en specificiteit
- Uitstekend = .95+
- Goed = .90 - .94
- Redelijk = <.90
- Beperkte data = onvoldoende of geen data gevonden

[35] Psychometrische eigenschappen: hieronder verstaan we een hoge interne consistentie, hoge test-hertest betrouwbaarheid en hoge validiteit:
- Uitstekend = .90+
- Goed = .85-.89
- Redelijk = <.85
- Beperkte data = onvoldoende of geen data gevonden

eerst een kort instrument gebruikt. Wanneer hier positief op wordt gescreend, wordt een langere vragenlijst afgenomen.

Voor het screenen van grote groepen met een vrij lage prevalentiegraad beveelt men de NODS-CLiP aan (Volberg et al, 2011; Cowlishaw et al 2014). Deze vragenlijst bestaat uit 3 vragen. Bij één of meer bevestigende antwoord(en) is de afkapscore bereikt en moet men overgaan op een verder assessment.

In settings waar de prevalentiegraad hoog is, zoals de gevangenis, GGZ, verslavingszorg en algemene ziekenhuizen, bevelen Volberg e.a. (2011) een andere subset van de NODS aan: de NODS-PERC. Deze bestaat uit 4 vragen. Eén bevestigend antwoord is voldoende voor het bereiken van de afkapscore. U vindt beide instrumenten terug in bijlage.

Wanneer de afkapscore bereikt werd, dient een verdere inschatting van het probleem te gebeuren. Dit kan gebeuren door middel van een inschatting op basis van de DSM-5 of ICD criteria (in bijlage) of met een langere vragenlijst zoals: NODS (17 items), SOGS (20 items), CPGI (31-items) en/of PGSI (9-items).

Eerstelijnswerkers worden soms ook geconfronteerd met naastbestaanden die zich zorgen maken over het gokgedrag van hun partner of kinderen. Hiervoor werd de Concerned Others Gambling Screen (COGS) (zie bijlage) ontwikkeld. De naaste wordt gescreend met de COGS en op die manier kan een inschatting gemaakt worden van de ernst van het gokprobleem van de naastbestaande. Daarnaast peilt de COGS naar de behoeften van de persoon die gescreend wordt.

4.3. Kortdurende interventies

Kortdurende interventies werden aanvankelijk ontwikkeld voor rookstopprogramma's. Sinds de jaren tachtig van vorige eeuw werd veel onderzoek gedaan naar het inzetten van kortdurende interventies in de eerstelijnsgezondheidszorg bij alcoholproblemen. Hiervoor zijn ze bewezen effectief en kosteneffectief (Hutubessy et al, 2003; Raistrick et al, 2006; Bernstein et al, 2009; Lock et al, 2004).

Meer recent worden kortdurende interventies ingezet voor andere drugs en gedragsverslavingen en dit ook binnen andere settings (o.a. ziekenhuizen, sociaal werk, justitie, …). De wetenschappelijke evidentie voor het inzetten van kortdurende interventies bij andere problematieken en binnen andere settings is nog vrij beperkt. Dit onder meer doordat de werkbare elementen van een kortdurende interventie onvoldoende gekend zijn en de definitie en inhoud van de interventies sterk kan verschillen.

4.3.1. Wat is een kortdurende interventie?

Over het algemeen kunnen we kortdurende interventies grofweg opdelen in twee grote groepen (O'Donnell, 2014):

- Enerzijds zijn er de interventies die gebaseerd zijn op een kort advies. Dit krijgt de vorm van gepersonaliseerde feedback over de aanpak van het probleem en het verschaffen van informatie om negatieve gevolgen te voorkomen. Deze soort van interventie wordt over het algemeen gedaan in één tot maximum vijf korte sessies. Kaner (2007) vond een gemiddelde duurtijd van 25 minuten per sessie.

Een voorbeeld van een kort advies voor gokkers vinden we in de aanbevelingen voor kort advies, al dan niet met persoonlijke of normatieve feedback: (Schippers, Smeerdijk & Merx, 2014; Rash & Petry, 2014)

1. Gok voor het plezier, niet om geld te verdienen
2. Gok enkel met geld dat je je kan veroorloven (betaal je rekeningen eerst)
3. Zet een geldlimiet elke keer dat je gokt
4. Zet een tijdslimiet elke keer dat je gokt
5. Laat kredietkaarten en betaalkaarten thuis
6. Neem je winst mee naar huis
7. Onthoud dat de kansen altijd in het voordeel van het huis zijn

- De tweede vorm van kortdurende interventies noemt men uitgebreide of meer 'intensieve' kortdurende interventies. Deze bevatten elementen uit de counseling en andere psychotherapeutische technieken zoals motiverende gespreksvoering of cognitieve gedragstherapie. Zij bestaan uit 1 of meerdere sessies die tot 50 minuten kunnen duren, de totale behandelduur bedraagt tussen 60 en 175 minuten (O'Donnell et al, 2014).

4.3.2. Voordelen van een kortdurende interventie?

Kortdurende interventies nemen weinig tijd in beslag. Ze zijn daarom uitermate geschikt om in te zetten op de eerste lijn. Dikwijls worden ze gebruikt op een opportunistische manier. Dit wil zeggen dat mensen die zich met een ander probleem aanmelden gescreend worden. Wanneer daar dan riskant of problematisch gedrag uit blijkt, biedt men een kortdurende interventie aan of verwijst men door voor meer hulp. Zo kan er toch met risicogokkers en problematische gokkers gewerkt worden, ook al zochten ze oorspronkelijk hulp voor een ander probleem dan het gokken. Andere voordelen liggen bij de toegankelijkheid en de verhoogde betrokkenheid en in de opportuniteit om mensen sneller toe te leiden naar de hulpverlening. Dit voordat het gokken escaleert. Studies duiden op een effect van eenmalige interventies als lage kost- en effectieve interventie om zowel op korte als lange termijn effecten te bekomen bij minstens een deel van de gokkers. Een verlengde contacttijd verbetert echter niet noodzakelijk de uitkomsten (Petry et al, 2008; Schippers, Smeerdijk & Merx, 2014; Rash & Petry, 2014; Toneatto, 2016).

4.3.3. Wetenschappelijke evidentie voor kortdurende interventies bij gokken?

De wetenschappelijke basis om kortdurende interventies in te zetten bij gokken is nog vrij beperkt. We zien de laatste jaren wel meer en meer onderzoek gebeuren met resultaten die er veelbelovend uitzien.
In het hoger onderwijs gebeurde onderzoek door Petry e.a. (2009), Larimer e.a.(2012) en Neighbors e.a. (2015). Zij kwamen tot de conclusie dat zowel éénmalige als langere interventies die gebaseerd zijn op cognitieve gedragstherapie effectief zijn voor het inzetten bij studenten. Neighbors e.a. (2015) onderzochten het éénmalig geven van gepersonaliseerde normatieve feedback via de computer. Zij concludeerden dat deze laagdrempelige vorm van interventie geschikt is om in te zetten op riskant gokgedrag van studenten.
Het aanbieden van screening en normatieve feedback via de computer wordt gezien als één van de beloftevolle manieren om een grote groep van jongeren en jongvolwassenen op een laagdrempelige manier te bereiken (Monaghan et al, 2010; Cunningham et al, 2012). Cunningham vond echter geen evidentie voor de impact van gepersonaliseerde normatieve feedback, wel voor een beperktere vorm. Hij geeft ook aan dat het effect van de feedback van korte duur kan zijn, maar desalniettemin mensen kan uitnodigen om verdere (online) hulp te zoeken.
De DrugLijn biedt op zijn website https://www.druglijn.be/ al langer een zelftest met feedback aan. Daarnaast maakte VAD een zelfhulpboekje voor gokken dat eveneens beschikbaar is op de DrugLijn-

site. In Vlaanderen is er het initiatief http://www.gokhulp.be/, zij bieden naast info en zelftesten ook online begeleiding aan. Voor het aanbieden van zelfhulpmateriaal bestaat eveneens enige evidentie (Labrie et al, 2012). Meer informatie over zelfhulp kan u vinden in het volgend hoofdstuk onder 5.2.2.

Conclusie:
Opportunistische kortdurende interventies in de eerste lijn en online toepassingen van kortdurende interventies zijn mogelijke manieren om de behandelkloof te dichten en meer mensen met een gokprobleem te bereiken in een vroegtijdig stadium. De eerste onderzoeksresultaten wijzen erop dat zelfs zeer korte vormen een effect kunnen generen op het gokgedrag en dat het inzetten van langere interventies niet noodzakelijk betere resultaten oplevert.

Ondanks deze veelbelovende resultaten dienen we ons bewust te zijn van de beperkte wetenschappelijke evidentie waarover we momenteel beschikken.

5. Hulpverlening

In het algemeen wordt problematisch gokken behandeld volgens methoden die gangbaar zijn bij de behandeling van middelengerelateerde stoornissen. Zo worden cognitieve gedragstherapie en motiverende gespreksvoering het meest toegepast als basisstrategieën. Deze benaderingen worden eventueel aangevuld met farmacotherapie. Naast de gelijkenissen, die een analoge aanpak met een middelenstoornis verantwoorden, zijn er gokspecifieke accenten noodzakelijk binnen de behandeling. Slechts een minderheid van mensen met gokproblemen wordt hiervoor behandeld. Er is ook een beperkt hulpverleningsaanbod en gokkers zetten moeizaam de stap naar hulp. Ze doen dit vaak pas wanneer de financiële druk onhoudbaar wordt. Het is dus bij een gokstoornis bijzonder relevant om ook te focussen op de financiële problemen. Eens gokkers de stap zetten, haken ze ook snel weer af. Het is dus cruciaal om de behandeling zoveel mogelijk af te stemmen op maat van de cliënt en zijn klinische beeld. Cognitieve verstoringen springen in het oog bij gokproblemen. Zo is onder andere 'het achternajagen van verliezen' opgenomen in de DSM, in tegenstelling tot de andere verslavingen. Dit impliceert dat doeltreffende therapie zich richt op deze onjuiste cognities, op de financiële problemen en op een normalisering van het belonings- en motivatiesysteem. Daarnaast kan er niet voorbijgegaan worden aan de hoge dubbele diagnosecijfers. In een eerste gedeelte staan we stil bij deze specifieke behandelelementen. Deze belangrijke aandachtspunten kleuren de behandelmogelijkheden die nadien worden beschreven. Tot slot zoemen we in op de situatie in Vlaanderen.

5.1. Bepalende elementen voor de behandeling

Problematisch gokken of de gokstoornis is als eerste niet-middelgebonden verslaving opgenomen in de DSM-5 onder de noemer van de 'middelgerelateerde en verslavingsstoornissen'. Waar gokken eerder gezien werd als een impulscontrolestoornis, maakte het een opvallende evolutie door als vorm van gedragsverslaving. De gokstoornis heeft vele overeenkomsten met middelenafhankelijkheid, zo ook qua behandelmogelijkheden. Er zijn analogieën in neurologisch opzicht, klinisch beeld, risicofactoren voor terugval en de effectiviteit van psychologische en farmacologische behandelmethoden. Een belangrijk verschil met middelenproblemen zijn de beperkte onderzoeksgegevens (van Rooij, DeFuentes-Merillas, Meerkerk, Nijs, van de Mheen & Schoenmakers, 2014; Goudriaan, 2014).

5.1.1. Gokspecifieke aandachtspunten

We bespreken enkele aandachtspunten voor het behandelen van mensen met gokproblemen:

- Behandelkloof

Onderzoek suggereert dat een aanzienlijke groep probleemgokkers spontaan herstelt, zonder formele, externe hulp. Toch kent een gokstoornis vaak een grillig, fluctuerend en chronisch verloop, waarbij hulp zoeken voor velen een fundamentele stap is in het herstelproces. Desondanks is er slechts een kleine minderheid, minder dan 6% van de probleemgokkers, die bij de hulpverlening aanklopt (Rosenberg & Feder, 2014). Deze behandelkloof is enerzijds te wijten aan drempels die probleemgokkers ervaren (zie § 5.1.2.), anderzijds liggen vermoedelijk ook de beperkte specifieke hulpverleningsmogelijkheden in Vlaanderen daarvoor aan de basis. Een andere belangrijke factor hierbij is de sterke aanwezigheid van comorbiditeit (zie § 5.1.3.). Mensen die lijden aan een gokstoornis zoeken misschien wel eerder hulp voor de ernaast bestaande (psychiatrische) stoornis, dan voor het gokprobleem zelf. Dit heeft echter consequenties voor de behandeling en maakt dat probleemgokkers in de registratie binnen de hulpverlening onder de radar blijven. Door de kleine aantallen gokkers binnen de hulpverlening, is ook onderzoek beperkt en groeit expertise hierrond slechts gestaag aan. Een andere klinische implicatie van de behandelkloof is het belang van oog te hebben voor de crisis waarin de gokker zich bij aanmelding vaak bevindt. De stap naar hulp is voor gokkers een enorme stap. De focus van hulpvoorzieningen ligt voor hen in eerste instantie best op een laagdrempelige toegang en crisismanagement.

- Multidisciplinaire, brede benadering

Een gokstoornis brengt verschillende gevolgen/kosten met zich mee: individuele kosten, kosten voor familie en vrienden, kosten voor de samenleving en kosten voor operatoren en overheid. We

bespreken enkele klinisch relevante kosten (Bowden-Jones & George, 2015; Rosenberg & Feder, 2014; Responsible Gambling Council, 2013).

- Een gokstoornis start gewoonlijk in de adolescentie of jongvolwassenheid en kan een impact hebben op de bijbehorende ontwikkelingstaken. Zo zijn er sociale en emotionele gevolgen verbonden aan een gokprobleem. Het is op cliëntniveau aangewezen om de persoonlijke geschiedenis te inventariseren en in te zoemen op de identiteitsbeleving. In het contact met een problematische gokker kunnen (uitgesproken) persoonlijkheidstrekken zoals alexithymie[36], impulsiviteit, sensatie zoeken, enzovoort, of mentale gezondheidsproblemen de behandeling sterk beïnvloeden. Ook is er vaak een impact waar te nemen op de gezondheidstoestand (slaapproblemen, obesitas, hypertensie, …). Een eventuele invloed op het professioneel functioneren is mogelijk toe te schrijven aan de verstoring van de concentratie door sterke gedachten aan het gokken. Dit kan leiden tot prestatievermindering en absenteïsme. Daarnaast zijn financiële problemen eerder regel dan uitzondering. De juridische gevolgen (schulden, criminaliteit, …) worden ook best bevraagd (Kaspar in Bowden-Jones & George, 2015; Rosenberg & Feder, 2014).

- Problematisch gokken heeft een invloed op het individu én zijn omgeving. In vergelijking met middelenmisbruik, blijft een gokstoornis voor de omgeving vaak langer onzichtbaar. Het problematisch gokken gaat geregeld samen met een significante verslechtering van het vermogen om sociaal(vaardig) te functioneren. Op relationeel gebied kan dit, vaak in samenhang met financiële problemen en/of de aanwezigheid van bijkomende psychiatrische problemen, leiden tot relatieproblemen, seksuele problemen, enzovoort. Onderzoek linkt problematisch gokken met een verhoogd risico op partnergeweld (Rosenberg & Feder, 2014). Het is vaak aangewezen dat personen uit de directe omgeving zelf psychosociale ondersteuning krijgen. Het betrekken van deze naasten bij de behandeling heeft vaak een positieve uitwerking voor beide partijen. Het is van belang om zowel de impact van het gokken op belangrijke naasten, als de impact van naasten op het gokken in beeld te brengen (Bowden-Jones & George, 2015).

Er kan vanuit deze klinische karakteristieken geconcludeerd worden dat er in de eerste fase van de behandeling best zo breed mogelijk geïnventariseerd wordt (van Rooij et al., 2014, 2014; Kaspar in Bowden-Jones & George, 2015; Rosenberg & Feder, 2014; Responsible Gambling Council, 2013).

- Nood aan affiniteit met/kennis over gokken

Hoewel de behandeling van problematische gokkers aanleunt bij die van problematisch middelengebruik en impulscontrolestoornissen, dient specifieke training van hulpverleners te worden aangemoedigd. Het is belangrijk dat behandelaars kennis hebben van de specificiteit van de gokproblematiek om beter te kunnen aansluiten bij de belevingswereld, het verslavingsgedrag, de specificiteit van het klinische beeld en de unieke karakteristieken van het gedrag van de patiënt (van Rooij et al., 2014).

- Continu veranderende gokwereld

Het gokaanbod is aan continue verandering onderhevig. Vooral de mogelijkheid tot online gokken heeft het landschap hertekend. Het aanbod is door de opkomst van de online-mogelijkheden sterk vergroot en veranderd. De Belgische online gokmarkt is sinds 2010 gereguleerd. Hierdoor kan er in alle anonimiteit en privacy dag en nacht gespeeld worden. Het is tot nog toe onduidelijk welke impact deze evolutie heeft op problematische spelers en op de hulpverlening. Er zijn nog maar weinig onderbouwde onderzoeksresultaten van specifieke behandelinterventies voor online gokkers beschikbaar. We kunnen dus tot nog toe niet differentiëren tussen gokkers die vooral online, dan wel offline spelen. Vooral een onlinehulpaanbod lijkt voor deze doelgroep van online gokkers positief te werken (van Rooij et al., 2014).

---

[36] Alexithymie is het onvermogen om gevoelens te verbaliseren en/of te fantaseren. (den Hollander, Bruijn & Trijsburg, 1991)

- Ambulante versus residentiële therapie

Ambulante behandelingen blijken effectief te zijn in het geval van een gokstoornis. We kunnen geen standaardtherapie naar voor schuiven, wegens het belang van zorg op maat. Er is geen evidentie gevonden voor residentiële programma's voor problematisch gokken. Een opname kan echter wel zeer nuttig zijn in het geval van een dubbeldiagnose met psychiatrische, dan wel verslavingsproblemen (Rosenberg & Feder, 2014).

- Individueel versus in groep

Over het algemeen worden cognitief-gedragsmatige interventies en motiverende gespreksvoering het vaakst toegepast, al dan niet in combinatie met schuldhulpverlening. Deze psychotherapie kan plaatsvinden binnen een individuele behandeling, dan wel binnen groepstherapie. Veel behandelingen worden individueel aangeboden. Psychologische behandeling kan echter ook in groep aangeboden worden. Dit heeft enkele voordelen zoals de inzet op sociale vaardigheden, nieuw gedrag leren en oefenen en het ontvangen van steun en feedback van groepsleden (Miller, 2014).

5.1.2. Barrières en motieven voor het zoeken van hulp

Vele mensen wagen wel eens een gokje, sommigen geraken ermee in moeilijkheden. Beschermende en risicofactoren werden in een eerder hoofdstuk besproken (zie § 2). Wanneer de negatieve problemen van het toegenomen gokken groter worden, kunnen gokkers de afweging maken en beslissen om te minderen of te stoppen, al dan niet ondersteund. Beseffen dat er een probleem is, is een eerste stap. Dit leidt er echter niet noodzakelijk toe dat iemand hulp gaat zoeken. Maar verandering kan ook op een minder geplande manier verlopen, waarbij minder ingrijpende steunmaatregelen (bv. uitsluiting, het opzeggen van kredietkaart, …) volstaan om de verandering te faciliteren.
Ondanks dat er effectieve behandelopties bestaan voor problematische gokkers, is er slechts een minderheid van hen in begeleiding. Onderzoekers identificeerden, ondanks de methodologische beperkingen van dit soort studies, verscheidene terugkerende redenen die volwassen gokkers zelf aangeven om geen hulp te zoeken. Er zijn ook redenen die mensen over deze drempels heen helpen. Deze worden achtereenvolgens besproken omdat ze klinische gevolgen hebben. Zo zijn de meeste problematische gokkers bijvoorbeeld gebaat met laagdrempelige informatie en steun op maat. Dit wordt hen dan ook best aangereikt op een toegankelijke, niet-bedreigende manier (Suurvali, Cordingley, Hodgins & Cunningham, 2009; Suurvali, Hodgins & Cunningham, 2010).

Gokkers hebben hun redenen om zich niet tot de hulpverlening te wenden.

- De wens om het probleem zelf op te lossen en het geloof in hun eigen vermogen daartoe, doorkruisen vaak de bereidheid om hulp te zoeken. Schaamte, angst voor stigma, verlegenheid en trots weerhouden vele gokkers de stap te zetten.
- Stigma en schaamte hangen nauw samen met het gebrek aan publieke erkenning van gokken als gezondheidsprobleem.
- Probleemontkenning of –minimalisatie sluiten de top 3 af als duidelijke barrières. Het niet erkennen van het gokprobleem kan naast de ontkenning zelf, te wijten zijn aan een gebrek aan kennis van het fenomeen op zich, rationalisering of onwetendheid over de hulpopties. Hierbij spelen ook bezorgdheden over en vertrouwen in de behandeling een rol.
- Mentale of gezondheidsproblemen kunnen ook de stap naar gespecialiseerde hulp bemoeilijken.
- Daarnaast kunnen praktische elementen verbonden aan de behandeling, zoals de kostprijs en de bereikbaarheid, ook drempels vormen.
- Druk van de omgeving om het gokken verder te zetten of een gebrek aan steun om te veranderen betekenen ook vaak een groot struikelblok.
  (Suurvali et al., 2009; Bowden-Jones & George, 2015; Miller, 2014)

Onderzoek focust zich ook op redenen waarom problematisch gokkers hun gokgedrag aanpakken. Actie ondernemen kan op verschillende manieren (zelf-uitsluiting, zelfhulp, gespecialiseerde hulp enzovoort) en gebeurt grotendeels in reactie op schade die er is of onvermijdelijk geworden is. Vaak zitten mensen erg diep vooraleer ze de stap naar hulp zetten. Formele hulpverlening wordt vaak

gezien als laatste redmiddel in een crisis. Zeer ernstige gevolgen van het gokgedrag dwingen hen voorbij bovengenoemde drempels. Meer concreet zijn dit:

- Financiële moeilijkheden
- Relatieproblemen of druk uit de omgeving
- (Mentale) gezondheidsproblemen
- Juridische problemen; Problemen op het werk
- Leefstijl- of omgevingsfactoren
- De wens om de controle te herwinnen of een verlies aan interesse in het gokken (Suurvali et al., 2010; Miller, 2014)

5.1.3. Comorbiditeit

Gokken komt vaak samen voor met andere gezondheidsproblemen (zie ook § 4.2.2.). Vooral het samengaan van een gokstoornis met andere psychiatrische aandoeningen en middelengebruik lijkt eerder regel dan uitzondering te zijn. We bespreken deze samenhang hier in functie van de behandeling. Comorbiditeit heeft immers een doorslaggevende rol in het proces van het zoeken van hulp, de effectiviteit van behandeling en het herstel (Miller, 2014).

Uit onderzoeken bij de algemene volwassen bevolking blijkt, dat zowel middelengebruik (58%) en roken (60%), gevolgd door stemmings- (38%) en angststoornissen (37%) veelvoorkomende comorbide problemen zijn (Lorains, Cowlishaw, & Thomas, 2011). Er is meer onderzoek nodig om de exacte samenhang bloot te leggen. Er is voorlopig groeiende evidentie voor de samenhang tussen bijkomende stoornissen en toegenomen ernst van het gokprobleem, de gerelateerde problemen, psychiatrische symptomen en psychosociale moeilijkheden bij gokkers in behandeling (Dowling, Cowlishaw, Jackson, Merkouris, Francis, & Christensen, 2015; Van Rooij et al., 2014; Lopez Gaston in Bowden-Jones & George, 2015; Lorains et al., 2011).

De bevindingen uit de eerste systematische review en meta-analyse van Dowling en collega's naar de prevalentie van dubbeldiagnose van psychiatrische aandoeningen bij hulpzoekende probleemgokkers, geeft aan dat ongeveer drie vierde van deze groep zowel een huidige als 'lifetime' comorbide Ax1-stoornis heeft (gehad). De dubbeldiagnosecijfers bij gokkers die zich specifiek voor hun gokprobleem laten behandelen, zijn echter niet consistent hoger dan de comorbiditeitscijfers die we zien in de algemene populatieonderzoeken. Dit kan erop wijzen dat gokkers met comorbide stoornissen zich eerder wenden tot de algemene geestelijke gezondheidszorg of de verslavingszorg met de andere stoornis als prioritair aanmeldingsprobleem, dan dat ze zich specifiek aanmelden voor hun gokprobleem. Zo bestaat er vermoedelijk een groep binnen de geestelijke gezondheids- en gespecialiseerde verslavingszorg met een (verborgen) gokproblematiek. Zij zien het gokken misschien zelf niet als probleem of ervaren meer last van of zijn meer bezorgd over de andere aandoening. Het kan ook dat deze aandoening meer sociaal aanvaard is of dat deze voorzieningen beter toegankelijk zijn. Dat zij in deze voorzieningen voorkomen, biedt opportuniteiten om een groep van gokkers te begeleiden die moeilijk hiervoor in behandeling gaat (Dowling et al., 2015).
Door bovenstaande cijfers zou men er enerzijds van uit kunnen gaan dat gokproblemen indicatief zijn voor onderliggende pathologie. Anderzijds schuilen achter bepaalde pathologieën vaak gokproblemen. Het is aanbevolen bij de aanmelding van iemand met gokproblemen of stemmings- of angstproblemen, of ingeval van een middelenproblematiek, de focus te verruimen naar een mogelijke dubbeldiagnose. Dit impliceert dat in beide gevallen (behandeling voor comorbide stoornis, of voor de gokstoornis) een routineuze screening is aangewezen, hetzij van gokproblemen, hetzij van psychiatrische aandoeningen (breed oftewel specifiek).

Er is meer onderzoek nodig om de exacte samenhang tussen psychiatrische aandoeningen en gokstoornissen te duiden. Toch gaan er voorzichtige hypothesen op om te stellen dat er voor middelenproblemen gecombineerd met gokproblemen gedeelde determinanten zijn. De samenhang zou erin bestaan dat de ene stoornis het risico op de andere vergroot, of dat druggebruik risicogedrag stimuleert waardoor het gokken start of toeneemt, of dat gokproblemen stressfactoren kunnen zijn

die herval veroorzaken. Onderzoek suggereert een gedeelde neurocognitieve kwetsbaarheid tussen mensen met een gokverslaving en een alcoholverslaving, maar ook met nicotine- en cocaïneverslaving. Dit uit zich onder meer in de prestaties op cognitieve taken, alsook het reageren op farmacotherapie (Potenza et al., 2013). Na de fase van inventarisatie dient de zorg te worden afgestemd op maat. Dit impliceert het vaststellen van individuele behandelnoden en –uitkomsten voor de behandeling van dubbeldiagnose. Dit heeft invloed op het behandelplan, de behandeldoelen en verwachtingen, herval en duur van de behandeling. Reguliere behandeling kan ook worden aangevuld met een kortdurende interventie gericht op de gokproblemen. Het samen voorkomen van deze aandoeningen heeft daarnaast ook gevolgen op de farmacotherapie. De keuze voor bepaalde medicatie zal hierdoor worden bepaald. Eveneens zal er rekening moeten worden gehouden met interacties ingeval van combigebruik (medicatie + medicatie en medicatie + drugs) (Cowlishaw, 2014; Dowling et al, 2015; van Rooij et al., 2014; Bowden-Jones & George, 2015; Lorains et al., 2011).

De hoge mate van comorbiditeit tussen problematisch gokken en middelenafhankelijkheid en (voornamelijk) internaliserende stoornissen heeft implicaties voor de klinische praktijk op niveau van screening, behandeling en nazorg. Enkele voorbeelden van deze gevolgen zijn:

- Het belang van routineuze screening en assessment
- Invloed op behandelnoden en -uitkomsten
- Zorg op maat: dubbeldiagnose heeft een impact op de casuïstiek, het behandelplan, de behandeldoelen, de verwachtingen en duur van de behandeling, therapietrouw en herval
- Impact op medicamenteuze therapie

(Scholes-Balog, Hemphill, Toumbourou & Dowling, 2015; Van Rooij et al., 2014; Dowling et al, 2015)

Het zal ook vaak gaan om psychosociale moeilijkheden, zoals interpersoonlijke zaken en financiële crises, eerder dan dat er harde bewijzen zijn voor diagnostisering van psychiatrische aandoeningen. Daarnaast verwaarlozen problematische gokkers soms hun lichamelijke gezondheid, wat kan leiden tot comorbiditeit van somatische aandoeningen. Een voldoende brede scope en inventarisatie brengen ook deze problemen in kaart (Cowlishaw, 2014; Dowling et al, 2015).

5.1.4. Neurobiologische inzichten in functie van de behandeling

Neurobiologisch onderzoek, onder andere via medische beeldvormingstechnieken, kan waardevolle kennis aanleveren voor het maken van klinische beslissingen. De kennis over onderliggende hersenmechanismen die het ontstaan, het verloop en de effectieve veranderingen van het gokgedrag bepalen, groeit. Deze tak van de wetenschap zal de theorievorming qua psychotherapeutische mogelijkheden en farmacotherapie meer en meer beïnvloeden (zie § 2.2.2.).

De gelijkenissen in afwijkende hersenfuncties en genetica tussen problematisch gokken en middelenafhankelijkheid hebben voor de verschuiving in de DSM gezorgd (zie § 2.6.). De hersenen van mensen met een gokstoornis functioneren anders dan die van iemand die niet problematisch gokt. Ze gelijken op een 'verslaafd brein'. De gelijkenissen in de neurotransmittersystemen tussen gokken en middelenverslavingen houden klinisch interessante kenmerken in. Vooral de afwijkingen in de risicovolle en impulsieve besluitvorming en activatie van het beloningssysteem zijn relevante elementen binnen therapie. Zo vertonen problematische gokkers verhogingen van noradrenaline (gerelateerd aan opwinding/stress), een vergelijkbare, veranderde reactie op serotonine (hier betrokken bij stemmings- en gedragscontrole) en zijn er aanwijzingen voor een mogelijke rol van dopamine (speelt onder andere een rol bij beloning). Toch zijn er ook belangrijke verschillen met middelen: zo is er bij gokken geen toxische stof die op de hersenen inwerkt, maar is er bijvoorbeeld vaak sprake van cognitieve mispercepties (Potenza et al., 2013; Clark in Bowden-Jones & George, 2015; van Rooij et al., 2014).

We bespreken enkele neurobiologische inzichten over gokken die repercussies hebben op de psychotherapeutische en farmacologische behandeling.

- Het verhoogde noradrenalineniveau zorgt voor een verhoogde spanning, opwinding en drang naar het zoeken van kicks. Opwinding is de eerste bekrachtiger van gokgedrag. Het afwisselend winnen en verliezen leidt vanuit de partiële bekrachtiging tot een hardnekkig leereffect. Wanneer de beloning dan uiteindelijk komt, wordt deze geassocieerd met een groter gevoel van vreugde of verlichting hetgeen het gokken bekrachtigt.

- Daarnaast kan een slechtere werking van het serotonerge systeem resulteren in een tekort aan impulscontrole. Een verhoogde impulsiviteit impliceert een verminderde controle, wat het voortbestaan van gokgedrag ook kan bevorderen ondanks de negatieve consequenties. Ook een verminderde gevoeligheid in de hersenen voor het verliezen van geld kan het doorgaan met het gokgedrag, ondanks de negatieve consequenties, stimuleren.

- Gokken kan ook leiden tot meer afgifte van dopamine. Het beloningssysteem geraakt hierdoor ontregeld. Dit resulteert in een sterkere gerichtheid op onmiddellijke beloningen, wat een motiverend effect heeft op het gokgedrag. Onderzoek met MRI-scans toont aan dat het beloningsgebied in de hersenen van problematische gokkers veel actiever is tijdens de spelfase, in afwachting van de speluitkomst. Zo blijkt de gedachte dat ze iets zullen winnen, het beloningsgebied en motivatiecircuit in de hersenen extra te stimuleren. Een te positieve inschatting van de winstkansen kan dus voor problemen zorgen.

Het neurocognitieve functioneren zou verschillen volgens type gokker[37]. Hierover is echter meer onderzoek nodig. Ook zouden problematische gokkers minder lichamelijke reacties ervaren dan niet-problematische gokkers, zoals een verhoogde hartslag, voorafgaand aan het maken van ongunstige keuzes. Dit kan betekenen dat zij minder of geen lichamelijke waarschuwingssignalen ontwikkelen die hen erop attent maken dat gokken negatieve consequenties heeft. Dit verklaart voor een deel waarom gokkers blijven spelen, ook wanneer er zich steeds weer verliezen voordoen.

Algemeen gesproken wordt er dus binnen de behandeling van problematische gokkers best ingezet op onder meer nadelige besluitvorming, slechte impulscontrole, drang/craving en de link naar beloningsprocessen en motivatie. Ook psycho-educatie over de hersenwerking en inzet op cognitieve fouten en automatische processen kan inzichten creëren (cf. infra). Een manier om deze hersenprocessen die een rol spelen in de ontwikkeling van een gokprobleem concreet te beïnvloeden is het trainen van automatische, onbewuste processen. De behandelmogelijkheden hiervan worden later besproken (Goudriaan, 2014; van Rooij et al., 2014; Potenza et al., 2013; Clark in Bowden-Jones & George, 2015).

5.2. Hulpverleningsmogelijkheden

De literatuur geeft aanwijzingen voor het bestaan van effectieve interventies voor de behandeling van gokverslaving: zowel farmacologisch, psychosociaal als een combinatie van beide. Onderzoek wijst uit dat psychologische behandelingen, voornamelijk binnen het cognitief-gedragsmatige spectrum, een groter effect hebben dan farmacologische behandelingen, en dat farmacologische behandelingen effectiever zijn dan geen behandeling (Van Rooij et al., 2014). Een combinatie van hulpvormen op maat lijkt het meest doeltreffend.

Zoals eerder aangehaald wordt problematisch gokken meestal behandeld volgens methoden uit de verslavingszorg, hoewel deze nog niet allemaal hun effectiviteit aantoonden in het geval van gokken. Cognitieve gedragstherapie en motiverende gespreksvoering worden voornamelijk gebruikt, al dan niet in combinatie met farmacotherapie en een verwijzing naar schuldhulpverlening. We kunnen uit neurobiologische inzichten voorzichtig besluiten dat een behandeling die de nadruk legt op het veranderen van motivatie, emoties en cognities, effectief kan zijn in combinatie met de aanpak van financiële problemen en comorbide stoornissen. Deze inzichten zijn daarnaast ook van belang bij farmacotherapie (Goudriaan, 2014). Toch zijn er ook andere interventiemogelijkheden die we in een volgend gedeelte kort belichten, zoals (zelf)uitsluiting. De behandeling van gokverslaving lijkt dus in

[37] Er wordt gesteld dat het klinisch relevant is om verschillende subtypes (impulsieve, obsessief-compulsieve en verslaafde subtypes) onder gokkers te onderscheiden. Het type van gokker zou immers belangrijke implicaties op de (farmacologische) behandeling hebben (Łabuzek, Beil, Beil-Gawełczyk, Gabryel, Franik & Okopień, 2014).

veel opzichten op die van andere verslavingen, maar ook op de behandeling van andere impulsregulatiestoornissen en obsessieve-compulsieve spectrumstoornissen (Van Rooij et al., 2014). Anderzijds noodzaakt de hulp aan problematische gokkers specifieke accenten. Het gebrek aan longitudinaal onderzoek maakt definitieve uitspraken nog onmogelijk.

5.2.1. Overzicht van (therapeutische) benaderingen

Volgens de criteria van de American Psychological Association worden gedragsmatige interventies, zoals cognitieve gedragstherapie en korte, motiverende en zelfgerichte behandelingen tot categorie I (sterkste evidentie) en categorie II (waarschijnlijke evidentie) gerekend. Farmacotherapie wordt ook tot categorie I beoordeeld, terwijl de psychodynamische benaderingen en anonieme gokkers eerder tot categorie III (veelbelovend, maar momenteel minder evidentie) behoren. Het combineren van hulpopties vergroot de kansen op positieve resultaten.

Toch is de effectiviteit van deze hulpopties niet breed onderzocht. Zo is er nood aan meer zicht op de werkzame behandelelementen. Het is wegens de beperkte data ook nog niet mogelijk om naar doeltreffendheid te differentiëren op factoren zoals leeftijd, gender, culturele aspecten enzovoort. Het is daarom voorlopig onmogelijk om te stellen dat bepaalde therapievormen doeltreffender zijn voor dat bepaald type gokker. Dit zou erg nuttig zijn vanuit de wetenschap dat gokkers al moeizaam de stap naar hulp zetten, en ook snel weer afhaken als ze niet meteen resultaten boeken. Een andere belangrijke kanttekening is de onbekende impact van comorbiditeit op de behandeluitkomst (Miller, 2014; van Rooij et al., 2014; Goudriaan, 2014).

5.2.1.1. Cognitief-gedragsmatige interventies

Binnen het cognitief-gedragsmatige spectrum zijn er momenteel drie belangrijke therapeutische benaderingen die effectiviteit hebben aangetoond: gedragstherapie, cognitieve therapie en cognitieve gedragstherapie (CGT) (Van Rooij et al., 2014). Er zijn verschillende protocollen voor CGT bij middelengebruik én gokken beschikbaar (Schippers, Smeerdijk & Merx, 2014).
Een cognitief-gedragsmatige benadering voor de behandeling van gokproblemen lijkt momenteel de beste aanpak te zijn. We merken op dat de beperkingen van bepaalde studies kunnen leiden tot een overschatting van de evidentie. Daarnaast bewijzen deze studies enkel een kortetermijnseffect.

Gedragstherapie
Gedragstherapie legt de focus op gokken als aangeleerd gedrag, als een reactie op positieve en negatieve stimuli uit de omgeving. Volgens de leertheorie leert een gokker het gokken met positieve gevoelens associëren. Na verloop van tijd worden alle zaken die gerelateerd zijn aan het gokken geassocieerd met prettige gevoelens. Het proces van conditionering wordt gevoed door continue blootstelling, het benadrukken van de belonende aspecten enzovoort. De hoop op winst doet het gedrag verderzetten. Gedragsmatige benaderingen richten zich voornamelijk op de identificatie en het omgaan met triggers en gokspecifieke bekrachtigers en het aanwenden van alternatieve activiteiten (Miller, 2014; Goudriaan, 2014; Van Rooij, 2014).

Cognitieve (gedrags-)therapie
Cognitief-(gedragsmatige) benaderingen omvatten onder meer cognitieve herstructurering, psycho-educatie, inzicht verwerven in drang en training van het irrationele cognitieve bewustzijn. Er is voldoende evidentie dat cognitieve vertekeningen een fundamenteel element zijn van een gokproblematiek. Cognitieve mispercepties zijn irreële gedachten over het gokken van allerlei aard. Bijvoorbeeld dat verlies een noodzakelijke stap is naar winst en zal worden teruggewonnen, of de indruk dat men meer winst maakt dan eigenlijk het geval is. Dit laatste kan zich voordoen wanneer er meer aandacht wordt besteed aan het winnen dan aan het verliezen, waardoor winsten beter onthouden worden. Cognitieve vertekeningen hebben een grote relevantie voor de behandeling: wanneer gokkers minder irrationele overtuigingen hebben, zullen ze minder gokgerelateerde problemen hebben. De psycho-educatie in therapie moet echter niet zozeer gericht zijn op het ‘corrigeren’ (gokkers hebben geen slechtere mathematische kennis), dan wel op het prakrijkgerichte, niet abstracte informeren. Het is vanuit deze vertekeningen belangrijk dat gokkers de aangereikte

info kunnen toepassen op hun particuliere goksituatie. Hoewel er ook nog vele onduidelijkheden bestaan rond deze cognitieve verstoringen, kan er toch al mee aan de slag gegaan worden. Belangrijke componenten van deze therapievorm zijn de registratie en monitoring van het gokken, het identificeren van de functie van het gedrag (bv. gokken als copingsstrategie), en het aanleren van vaardigheden waarmee de functie kan worden veranderd en het gokken zo verminderd of gestopt kan worden (Miller, 2014; Rosenberg & Feder, 2014).

Er is naast het veranderen van cognities ook aandacht voor het leren omgaan met emoties, het verbeteren van het interpersoonlijk functioneren en het versterken van sociale steun. Daarnaast staat het verbeteren van algemene en specifieke probleemoplossende vaardigheden vaak in het behandelplan. CGT helpt gokkers situaties te herkennen waarin ze geneigd zijn te gokken. Zo leren ze om deze situaties vermijden of om in zulke situaties hun gokdrang te weerstaan door het herwinnen van zelfcontrole. CGT richt zich ook op het leren omgaan met problemen die met het gokken samenhangen (Schippers, Smeerdijk & Merx, 2014; Fortune & Goodie, 2012).

Onderzoek toont aan dat CGT op korte termijn kan leiden tot een vermindering van de ernst van de goksymptomen, een verminderd financieel verlies, minder frequent gokken en een vermindering van angst- of depressiesymptomen. Een belangrijke kanttekening is dat de vaak aanwezige hoge mate van impulsiviteit en het verminderde plannings- en besluitvormingsvermogen, het aanleren van nieuwe copingsstrategieën bemoeilijken. Daarnaast is CGT een containerbegrip geworden waarin vele verschillende interventies zijn onder gebracht. Momenteel is er geen differentiatie mogelijk naar de verschillen binnen CGT of het individuele versus het groepsaspect (Cowlishaw et al, 2012).

Deze therapeutische benaderingen hebben bewezen positieve effecten op korte termijn (tot drie maanden na de behandeling). Het is effectief in zowel groepstherapie als individuele behandeling. De duur van de therapeutische winst is nog onduidelijk, evenals welke elementen van deze therapievorm het meeste effect sorteren. Ook ontbreekt het ons momenteel nog aan onderzoek naar de effectiviteit van CGT in combinatie met andere psychosociale interventies (Cowlishaw et al, 2012).

Exposure-therapie
Ook de exposure-therapie of confrontatietherapie hoort thuis in deze bespreking, als afgeleide van de CGT. Het doel van deze therapievorm ligt in het uitblussen van een geleerde respons door herhaalde blootstelling aan een gecontroleerde stimulus, in de afwezigheid van een gevolg. Dit kan bijvoorbeeld door middel van imaginaire blootstelling aan de drang om te gokken, met reactiepreventie. Deze therapie heeft zijn doeltreffendheid goed bewezen bij het behandelen van angsten, en cue-exposure wordt vaak toegepast in de behandeling van verslaving. Toch is de toepassing op problematisch gokken niet systematisch onderzocht. Dit maakt uitspraken over de effectiviteit momenteel onmogelijk. Toch is het aannemelijk dat cue-exposure, in combinatie met andere therapeutische interventies, als onderdeel van een integrale aanpak een gunstig effect kan hebben binnen de terugvalpreventie van problematische gokkers (Rash & Petry, 2014; Rosenberg & Feder, 2014).

5.2.1.2. Derde generatie gedragstherapeutische interventies

We bespreken nog enkele derde generatie gedragstherapeutische benaderingen: schema-focused therapie, ACT, mindfulness en EMDR[38]. Deze therapievormen kennen een opmars binnen de verslavingszorg. Een kanttekening hierbij is dat deze therapievormen vaak gericht zijn op actieve oefening en training van psychologische processen als voorwaarde voor hun werkzaamheid. Aan de hand van oefeningen wordt de nieuwe manier van omgaan met innerlijke moeilijkheden een geïntegreerd deel van het leven van de cliënt. Dit vergt een bereidheid tot inspanning van de cliënt. Deze benaderingen zijn in het kader van problematisch gokken nog onvoldoende onderzocht en (nog) niet bewezen effectief (Goudriaan, 2014; Schippers, Smeerdijk & Merx, 2014).

---

[38] EMDR of Eye Movement Desensitization and Reprocessing is een evidence-based behandeling voor een posttraumatische stressstoornis. Een ander veelbelovend toepassingsgebied lijkt verslaving. Er is nog maar weinig literatuur verschenen over de toepassing op problematisch gokken, daarom wordt het niet verder vermeld. (http://www.iriszorg.nl/over-iriszorg/onderzoek/lopende-onderzoeken/emdr-bij-verslaving)

Schematherapie
De schematherapie is een nieuwere vorm van gedragstherapie. Deze theorie geeft een meer gedetailleerde verklaring dan de standaard cognitieve conceptualisaties voor onder meer het fenomeen van het achternajagen van verliezen. Het gokken wordt gezien als een vermijdende copingsstijl, waarbij de gokker streeft naar het niet-voelen van emotionele pijn of angst. Gokken kan echter in andere schemamodi ook andere functies hebben, zoals 'novelty-seeking'. Deze therapievorm maakt gebruik van het aanleren van zelfcontroletechnieken, imaginatie, psycho-educatie over schematheorie en verslaving, motiverende gespreksvoering, terugvalmanagement, enzovoort. (Smith & Shah in Bowden-Jones & Georges, 2015; Schippers, Smeerdijk & Merx, 2014).

Mindfulness
Er is slechts beperkte literatuur beschikbaar over de toepassing van mindfulness bij problematisch gokken. Mindfulness kan hier aanzien worden als aanvullende methodiek (op CGT). Er zijn vier benaderingen die mindfulnesselementen omvatten, die mogelijk relevant zijn voor problematische gokkers: Mindfulness Based Stress Reduction (MBSR), mindfulness-gebaseerde cognitieve therapie, dialectische therapie en Acceptance and Commitment Therapie (ACT). De schaarse literatuur duidt een potentieel aan voor deze toepassing, die nog verder onderzoek noodzaakt.

In een review wordt een dubbele rol geïdentificeerd voor mindfulness bij problematisch gokken: Een eerste belangrijke component van mindfulness is zelfregulatie. Mindfulness is een manier van aandacht geven. Toegepast op het gokken, kunnen gokkers via deze vorm van aandachtstraining leren om hun aandacht vast te houden bij gokgerelateerde gedachten en gevoelens. Vanuit dit perspectief kan de aandacht ook worden geswitcht. Zo leren gokkers om hun aandacht te verleggen wanneer ze zich bewust worden van gokstimuli. Een tweede component van mindfulness is de oriëntatie op ervaring vanuit een acceptatie. Dit geeft de mogelijkheid om gedachten, gevoelens en sensaties te observeren in het hier en nu. Mindfulness is erop gericht om het vermogen te ontwikkelen om wat er zich aandient, ook opwindende en onrustige emoties zoals bij problematische gokkers, op een rustige, heldere en milde manier te benaderen. Op deze manier vergroot het bewustzijn van eerder onbewuste gedachten, gevoelens en fysieke gewaarwordingen, die leiden tot gokken. Dit kan gokkers helpen om ingeval van zulke emoties toch niet te gaan gokken of het gokken niet verder te zetten (De Lisle, Dowling, & Allen, 2012).

Acceptance and Commitment Therapie
De Acceptance and Commitment Therapie (ACT) is een evidence-based psychotherapievorm voor de behandeling van een breed spectrum aan psychiatrische aandoeningen. ACT gaat ervan uit dat niet de inhoud van gedachten hoeft te veranderen om verandering te bereiken, maar wel de houding ten opzichte van deze gedachten. Hoewel er nog meer onderzoek nodig is, blijkt het veelbelovend in de toepassing op verslaving. Gedrag kan, net als gebruik, het vermijden van ongewenste belevingen tot functie hebben. Interventies die zich richten op dit vermijdingsgedrag, zoals ACT, kunnen dus waardevol zijn. Gokken kan ook deze functie aannemen. Er wordt vanuit deze hypothese geëxperimenteerd met ACT in de behandeling van problematisch gokken. Systematisch onderzoek ontbreekt vooralsnog (De Groot, Morrens & Dom, 2013).

5.2.1.3. Motiverende gespreksvoering

Motiverende gespreksvoering (MG) levert waardevolle inzichten en is een praktische gespreksstijl in het werken met cliënten die moeilijk tot verandering komen. Het model heeft dan ook een vaste plaats in de hulpverlening aan cliënten met middelenproblemen. Het is een effectieve methodiek die succesvol gecombineerd wordt met andere methoden. MG doet beroep op de krachten van de cliënt om verandering in gedrag te bekomen. Gezien de bruikbaarheid van MG ingeval van ambivalentie ten opzichte van verandering, zoals ook vaak het geval bij gokproblemen, lijkt het model hier ook ingezet te kunnen worden. Een goede werkrelatie is bij verschillende behandelstrategieën van belang. Dit kan onder meer worden bereikt vanuit de geest van MG.
De literatuur over de werkzaamheid van MG bij problematisch gokken is eerder beperkt. In de toepassing bij problematische gokkers is voorzichtige evidentie beschikbaar, vooral in het verminderen van financiële verliezen en het gokgedrag zelf, maar minder voor de andere

symptomen. MG bij de behandeling van problematisch gokken heeft echter meer en nauwkeuriger onderzoek nodig (Cowlishaw et al., 2012). Motiverende benaderingen worden ook in het geval van de behandeling van problematische gokkers best gecombineerd met andere benaderingen (Schippers, Smeerdijk & Merx, 2014; Rosenberg & Feder, 2014; Rash & Petry, 2014).

Een specifieke toepassing van MG vindt men terug bij korte en motivationele interventies (zie § 4.3.). Het gaat dan meer bepaald om een type van behandeling van een klein aantal sessies of de toepassing bij crisishulp/contacten met telefoonhulplijnen. Deze toepassing vergroot de doelgroepmogelijkheden. Zo kan er ook met risicogokkers en problematische gokkers die hiervoor geen hulp zoeken maar wel voor andere problemen, gewerkt worden aan het gokken. Andere voordelen liggen bij de toegankelijkheid, de lage kost, de verhoogde betrokkenheid en in de opportuniteit om mensen sneller toe te leiden naar de hulpverlening, voordat het gokken escaleert. Studies geven aan dat eenmalige interventies, zowel op korte als op lange termijn effecten bekomen bij minstens een deel van de gokkers. Een verlengde contacttijd verbetert echter niet noodzakelijk de uitkomsten (Schippers, Smeerdijk & Merx, 2014; Rash & Petry, 2014).

5.2.1.4. Harm reduction-benadering

Een schadebeperkende benadering wordt in de literatuur vaak overschaduwd door conceptuele (ideologische) discussies. Er is een enge insteek of een ruimere invulling mogelijk. In strikte zin wordt harm reduction bij de benadering van problematische gokkers beschouwd als 'maatregelen die de negatieve gevolgen (schade) van het gokgedrag verminderen, zonder noodzakelijk een reductie van het gokgedrag zelf in te houden'. We opteren - naar analogie van de definiëring in het VAD-dossier – hier voor een ruimere invulling van het concept, omdat het de mogelijkheid geeft om verschillende, bredere schadebeperkende initiatieven op te nemen. Vele maatregelen die de schade trachten in te dijken houden (indirect) een vermindering van het gokgedrag in (bv. limietsetting van tijd en bedrag). We maken er echter de kanttekening bij dat het minderen met gokken of zelfs stoppen met gokken niet haaks staan op harm reduction, maar niet de eerste doelstellingen zijn (Cantinotti & Ladouceur, 2008; VAD, 2014).

Harm reduction staat voor een welbepaald denkkader, vanwaaruit hulpverleners schadebeperkende (informatieve) boodschappen kunnen brengen. We sommen hier enkele concrete harm-reduction-initiatieven op. De klinische relevantie behoort vooral aan de eerste drie topics toe. Verder kunnen er geïndividualiseerde schadebeperkende boodschappen afgeleid worden van structurele maatregelen (bv. het advies om af en toe een rust- en/of eetpauze in te lassen tijdens het spelen).

Het vermijden van gokgerelateerde schade door…

- het limiteren van de toegang (toegangscontrole, restrictie van de openingsuren, enzovoort): gokkers (of hun derden) kunnen zichzelf de toegang laten ontzeggen (zie § 5.2.5.1.).
- maatregelen voor families van gokkers te nemen, zoals programma's gericht op de preventie van intrafamiliaal geweld, inzet op opvoedingsondersteuning, enzovoort. Er kan aan deze thema's gewerkt worden binnen een begeleidingscontext, al dan niet door de naasten of andere diensten te betrekken.
- pop-up-systemen te installeren op speelmachines en goksites (gepersonaliseerde adviezen zoals een melding van de tijdsbesteding, eventueel met de raad om pauze te nemen). De gokker kan zelf bepaalde tools installeren of vooral spelen op kansspelen waarin feedbackloops zijn ingebouwd.
- het instellen van zelfgekozen geldelijke limieten.
- de bewezen doeltreffende combinatie van zelfingestelde inzet-limieten en feedback over spelverliezen en –tijd (Codagnone, Bogliacino, Ivchenko, Veltri & Gaskell, 2014).

- het illegale circuit aan banden te leggen (zekerheid van winstuitkering, bescherming tegen fraude, enzovoort.). Binnen een hulpverleningscontext resulteert dit in een advies om enkel vergunde kansspelen te spelen.
- crisispreventie/-interventie te voorzien (training van personeel van gokgelegenheden, link naar hulpmogelijkheden op gokwebsites). Binnen de hulpverlening kan de cliënt bijvoorbeeld bijgestaan worden in het ontwikkelen van een eigen noodplan.
- structurele maatregelen in te bedden: het aanpassen van de gokomgeving, zoals gokmachines die geen grote bedragen ineens aannemen, rookvrije gokruimtes, alcoholverbod, aanbod van gezonde dranken en voeding, chill out-ruimtes, videobewakingssystemen, enzovoort. Deze structurele maatregelen kunnen ook thema's leveren voor de begeleiding van gokkers: hoe omgaan met alcohol tijdens het (online) spelen? hoe je budget limiteren? hoe regelmatig ruimte geven aan gezonde voeding? (Cantinotti & Ladouceur, 2008; Codagnone, Bogliacino, Ivchenko, Veltri & Gaskell, 2014; VAD, 2014).

Harm reduction is een bewezen evidence based-strategie en kan een onderdeel zijn van vele benaderingen. Er is echter weinig literatuur beschikbaar in de toepassing op problematisch gokken. Harm-reductionprogramma's gericht op de toepassing van externe controlemaatregelen bij onlinegokkers, lijken alvast een gunstig effect te hebben op het verhogen van de zelfcontrole over het gokgedrag (van Rooij et al., 2014; VAD, 2014).

5.2.2. (Online) zelfhulp

Mensen kunnen op verschillende manieren zelf aan de slag gaan met hun problematiek. Zelfhulpinitiatieven faciliteren het herstel door het verminderen van de drempels die geassocieerd zijn met het zoeken van hulp (kosten, stigma, …). Dit is in het geval van problematisch gokken een belangrijke pijler gezien de aanzienlijke 'treatment gap'. Toch is zelfhulp bij problematisch gokken relatief nieuw. We denken hierbij aan online of computergestuurde zelfhulpprogramma's en zelftests (met gepersonaliseerde feedback) of hulplijnen en zelfhulpboeken. Een specifieke vorm van zelfhulp is een zelfhulpgroep, gebaseerd op de sociale steun van lotgenoten. Er zijn dus verschillende mogelijkheden van zelfhulp, zonder of met een (minimale) professionele tussenkomst en/of complementair aan de reguliere zorg. De mogelijkheden voor Vlaanderen staan beschreven in § 5.3.

Zelfhulpgroepen

We zoemen eerst in op zelfhulpgroepen. In zelfhulpgroepen bieden mensen met eenzelfde problematiek elkaar steun. De permanente beschikbaarheid van ervaringsdeskundigen, de mogelijkheid van crisisinterventie en de regelmatige groepsbijeenkomsten met lotgenoten kunnen een belangrijke ondersteuning betekenen voor wie geen professionele hulp wenst. Zelfhulpgroepen kunnen ook complementair zijn aan reguliere zorg en zo een plaats hebben voor, tijdens en na een professionele behandeling.

Het 12-stappenmodel is vaak de rode draad. Dit programma is vooral bekend binnen de Anonieme Alcoholisten (AA). De zelfhulpgroepen voor gokkers (Anonieme Gokkers of AG) hebben een minder lange traditie, maar werken analoog aan het 12-stappenmodel. De AG is ook een vrijwillige zelfhulpgroep, waar abstinente gokkers fungeren als peer-counselors. Dit programma, toegepast op gokken, is nog maar weinig geëvalueerd. Eerste studies geven hoopvolle resultaten op het gebied van het verminderen van de symptoomernst, financiële verliezen en de frequentie van het gokken. Er is daarnaast vaak sprake van een beperkte betrokkenheid met veelvoorkomende vroege uitval tot gevolg. Ook de bereidheid om zich aan te sluiten bij AG is voor velen, zelfs na professionele doorverwijzing, laag. Het zou vooral werken voor mensen die erg gemotiveerd zijn om gokvrij door het leven te gaan. Niet alle zelfhulpgroepen werken strikt volgens de 12-stappenfilosofie.

We kunnen voorzichtig stellen dat de inschakeling in zelfhulpprogramma's vooral optimaal is wanneer het gecombineerd wordt met professionele hulp. Er is meer systematisch onderzoek noodzakelijk om de plaats van zelfhulpgroepen in het veranderproces van gokkers te bepalen (Rash & Petry, 2014; Cowlishaw et al, 2012).

Omgevingsfiguren van problematisch gokkers kunnen ook zelf steun ervaren door deel te nemen aan de meetings voor naasten (GamAnon) (Rash & Petry, 2014; Cowlishaw et al. 2012).

Andere zelfgestuurde opties

Er is slechts beperkt onderzoek beschikbaar naar andere zelfgestuurde opties en de resultaten zijn niet eenduidig. Deze opties omvatten zelfhulpboeken of internetinterventies en komen (deels) tegemoet aan de aanwezige drempels voor hulp. Deze methodieken behoren ook tot de mogelijkheden bij vroeginterventie (zie § 4). Er kan algemeen gesteld worden dat zelfhulp waarschijnlijk een ruime groep gokkers aanspreekt en mogelijkerwijs de drempel naar de hulpverlening verlaagt (Rash & Petry, 2014). Er is systematisch onderzoek nodig naar de impact op gedragsverandering van normatieve informatie als gepersonaliseerde feedback. Er zijn bijvoorbeeld ook meer vergelijkende studies nodig tussen (online) zelfhulp op een *blended* manier, bijvoorbeeld met telefonische steun en zelfhulp zonder contacten met hulpverleners zoals zelfhulpwerkboeken enzovoort.

Zelfhulpinitiatieven lijken uit de eerste voorlopige resultaten veelbelovende, laagdrempelige alternatieven, zeker wanneer het gekoppeld wordt aan (minimale) professionele hulp. Zelfhulpbehandelingen tonen een vermindering van het gokken voor gokkers die geen professionele hulp aannemen wegens schaamte, financiële beperkingen, relatief milde gokproblemen, enzovoort. (Van Rooij et al., 2014). Aan de hand van (online) monitoringsystemen kunnen gokkers bijvoorbeeld hun gokgedrag in kaart brengen. Dit kan vooraf aan of tijdens een reguliere behandeling inzicht bieden in de natuur en de reikwijdte van de problematiek, maar ook op zich al leiden tot een zekere gedragsverandering (Miller, 2014). Een bijkomend positief effect op het engagement en de uitkomsten, namelijk een sterkere en meer blijvende vermindering van het verslavingsgedrag, is toe te schrijven aan het contact met een therapeut. Professionele hulp lijkt het meest belangrijk voor hen met meer ernstige gokproblemen die actief hulp zoeken (Rash & Petry, 2014; Van Rooij et al., 2014).

5.2.3. Training impliciete cognities (CBM[39])

Bij (verslavings)gedrag spelen naast bewuste, ook onbewuste processen een belangrijke rol. Psychotherapie focust voornamelijk op het beïnvloeden van de bewuste processen. CBM-training is een experimentele therapievorm die inwerkt op de onbewuste processen, meer bepaald het beïnvloeden van cognitieve vertekeningen in aandacht, geheugen en actietendensen. Dit betekent mogelijk een interessante aanvulling op de reguliere therapie. Deze (nieuwe) technieken kunnen ook op zichzelf staan of aan de behandeling voorafgaan (cfr. wachtlijsten). In sommige gevallen zal dit een eerste laagdrempelige stap zijn in de richting van verandering. De inzet van deze methodiek staat nog in de kinderschoenen, maar de eerste uitkomsten van studies naar CBM als toevoeging aan standaard therapie (MG en CGT), zijn alvast positief. We bespreken de toepassing op gokken (Schippers, Smeerdijk & Merx, 2014).

Er zijn naast controlerende processen ook automatische processen die ons gedrag, dus ook het gokken, bepalen. In het geval van een gokstoornis pleegt de verstoorde balans tussen deze processen een aanslag op de zelfcontrole. In het gedeelte over de neurobiologie (§ 2.2.2. en § 5.1.4.) werd al gesteld dat bij gokkers de mechanismen in het brein die te maken hebben met keuze, beïnvloed worden. Vele problematische gokkers worden getriggerd om te gokken door impliciete gokstimuli. Deze aandachtsbias impliceert dat de aandacht van problematische gokkers meer dan normaal blijft hangen bij gokgerelateerde zaken en onmiddellijke beloningen. Ook automatische geheugenassociaties spelen gokkers parten. Automatische actietendensen omvatten de onbewuste neiging om gokgerelateerde zaken te benaderen. De cognitieve controleprocessen dienen om de impulsen te beheersen en staan in bovengenoemde situaties onder druk (Schippers, Smeerdijk & Merx, 2014).

Het trainen van deze spontane en onbewuste mentale gewoontes die een belangrijke rol spelen bij het gokken, is dan ook een manier om cue-reactiviteit en de aandachtsbias voor gokstimuli bij

[39] Cognitive Bias Modification

pathologische gokkers te verminderen. Gokkers trainen zich door oefeningen te doen met een computerprogramma, waarbij langs onbewuste weg de oorspronkelijk aanwezige toenaderingsreactie op gokstimuli geleidelijk wordt omgebogen naar een vermijdingsreactie. Het gaat meestal zowel om het beïnvloeden van de automatisch in gang gezette cognitieve processen die een rol spelen bij het gokken, als om de controle over deze processen. Dit impliceert herhaaldelijk oefenen via een (online) computergestuurd programma, en vraagt om een zekere motivatie (Goudriaan, 2014; Van Holst, Van Holstein, van Den Brink, Veltman & Goudriaan, 2012; www.impliciet.be; Schippers, Smeerdijk & Merx, 2014; Hønsi, Mentzoni, Molde & Pallesen, 2013).

5.2.4. Farmacologische interventies

Er zijn verschillende veelbelovende farmacologische interventies voor de behandeling van een gokverslaving beschikbaar. Toch bestaat er nog steeds geen algemeen aangenomen medicatiestrategie voor deze behandeling. Er is nog weinig geweten over de langetermijneffecten van de medicatie en over het effect van de medicatie na het stopzetten van de psychotherapeutische behandeling. Bepaalde medicatieklassen hebben potentieel voor het behandelen op korte termijn van de gedachten en de drang om te gokken, en het daaraan geassocieerde gedrag. Er wordt gesuggereerd dat de werkzaamheid versterkt wordt, wanneer deze behandeling gekoppeld wordt aan psychotherapie. Door een gebrek aan eenduidige behandelrichtlijnen dient de farmacologische behandeling op maat van de cliënt te zijn, rekening houdend met klinische kenmerken zoals impulsiviteit en de aanwezigheid van comorbide stoornissen (Van Rooij et al., 2014; Grant, Odlaug & Schreiber, 2014; Rosenberg & Feder, 2014; Łabuzek et al., 2014; Lupi et al., 2014).

Ook hier zijn er analogieën met de medicamenteuze behandeling van middelenverslaving. Recent onderzoek naar de neurobiologie van de gokstoornis suggereert dat dezelfde pathofysiologische mechanismen spelen als bij middelenverslavingen. Hoewel de pathologie van de gokstoornis nog niet exact is ontleed, onderlijnt de hoofdhypothese de rol van het biochemisch disfunctioneren met betrekking tot dopamine, serotonine, noradrenaline en opioid en glutamaterge systemen (zie § 2.2.2.). Zo is de meest onderzochte behandelstrategie, de behandeling met opiaatantagonisten (bekend vanuit de behandeling van alcohol- en opiaatafhankelijkheid). Daarnaast is er onderzoek gedaan met andere medicatieklassen, zoals antidepressiva (SSRI's), antipsychotica, glutamaterge middelen en middelen gericht op stemmingsstabilisering (Van Rooij et al., 2014; Łabuzek et al, 2014; Rosenberg & Feder 2014).

Hoewel verder onderzoek noodzakelijk is om zicht te krijgen op de onderliggende mechanismen voor onder meer de langetermijneffecten en de afstemming op subgroepen van gokkers (impulsieve, obsessief-compulsieve subtypes, …), kunnen er werkzame strategieën worden onderscheiden. Studies geven effectiviteit aan van drie hoofdgroepen van farmacotherapeutische interventies: opioid antagonisten, antidepressiva en stemmingsstabilisatoren. De laatste twee medicatietypes vertonen de zwakste evidentie. Op dit moment lijken de opiaatantagonisten[40] zoals naltrexon en nalmefeen de beste eerste keuze. Dit lijkt zeker het geval te zijn voor mensen met een sterke drang om te gokken en ingeval van (een familiale geschiedenis van) alcoholafhankelijkheid. De toedieningswijze kan verschillen van dagelijkse inname tot inname bij hoge risicosituaties of bij herval. Uit de resultaten van alle gepubliceerde medicatiestudies bij gokverslaving, blijkt dat momenteel de meeste evidentie aanwezig is voor nalmefeen[41]. Er zou ook evidentie bestaan voor het gebruik van SSRI's, zoals bijvoorbeeld paroxetine, vanwege de blokkage van de heropname van serotonine en stemmingsstabilisatoren, vanwege de invloed op het noradrenaline- en serotonineniveau. Denk daarbij bijvoorbeeld aan lithium. De veelbelovende status van glutamaatregulerende medicatie, zoals bijvoorbeeld amantadine, dient verder bevestigd te worden in onderzoek. Antipsychotica, zoals olanzapine, blijken niet werkzaam te zijn (Van den Brink, 2012; Bullock & Potenza in Bowden-Jones & Georges, 2015; Labuzek et al, 2014; van Rooij et al., 2014).

[40] Deze medicatie blokkeren de mu-opioid-receptoren en moduleren de dopaminergetransmissie in het mesocorticolimbisch systeem. Dit induceert een verminderde impulsiviteit/gokbehoefte (Schippers, Smeerdijk & Merx, 2014; Rosenberg & Feder, 2014).
[41] Nalmefeen is een slow-release-vorm van naltrexon.

Onderzoek naar de effectiviteit van medicamenteuze behandeling bij adolescente problematische gokkers staat nog in de kinderschoenen. In het geval van andere stoornissen bij adolescenten is er aangetoond dat SSRI's, stemmingsstabilisatoren en naltrexon veilig en effectief lijken. Er is meer onderzoek nodig voor deze specifieke doelgroep (Hollander, Kaplan & Petry in Grant & Potenza, 2010).

5.2.5. Andere ondersteunende maatregelen voor hulpverlening

5.2.5.1. Uitsluiting als interventie voor problematische gokkers (beschermende maatregelen)

Uitsluiting binnen de behandeling
Vele jurisdicties bieden zelf-uitsluitingsprogramma's (een toegangsverbod voor bepaalde gokinrichtingen en online gokmogelijkheden) aan om mensen met gokproblemen de mogelijkheid te bieden om zichzelf te beveiligen (zie ook § 3.1.4. en § 1.1.6.). Er zijn verschillende systemen gangbaar, maar onderzoek naar de werkzaamheid ervan is beperkt in aantal en methodologie. In een recente review worden suggesties gedaan ter verbetering van zulke systemen en worden er voorwaarden aan gekoppeld. Hieruit blijkt de rol van 'uitsluiting' binnen of als aanvulling op een hulpverleningsproces belangrijk. De hulpverlener heeft een belangrijke motiverende en informerende functie (Gainsbury, 2014).

Oorspronkelijk waren de meeste uitsluitingsprogramma's opgezet vanuit de industrie. Meer en meer is dit nu een onderdeel van de wetgeving geworden. Een toegangsverbod is vaak geen formeel door de wet afdwingbaar verbod, maar een overeenkomst waarbij een persoon vrijwillig afstand doet van enkele rechten. Bovengenoemd onderzoek stelt dat zulke beschermende maatregelen best worden beheerd door de overheid. De effectiviteit wordt verhoogd doordat de industrie op die manier aangemoedigd wordt hieraan mee te werken, en er straffen kunnen opgelegd worden bij de niet-naleving van het verbod. Er blijken indicaties dat een toegangsverbod spelers kan helpen om meer controle te krijgen over hun gokgedrag. Een toegangsverbod kan dus bijdragen aan het verminderen van de drang om te gokken en is dus een belangrijk onderdeel binnen een begeleiding van gokkers (Miller, 2014).

De kenmerken en principes van een toegangsverbod moeten duidelijk zijn/begrepen kunnen worden voor/door de uitgesloten personen, maar ook door het personeel van gokgelegenheden, operatoren en overheidsinstanties. Zodoende kunnen de juiste verwachtingen geschept worden. Promotie over de mogelijkheden tot uitsluiting en informatie over de procedure moet voorhanden zijn. Het is belangrijk dat deze info in het hulpverleningsproces wordt getoetst, dan wel uitgelegd op maat van de cliënt. De procedure dient best zo weinig mogelijk drempels te bevatten en er is nood aan webmogelijkheden. Een toegangsverbod is voor een bepaalde periode (of tot wanneer het wordt opgezegd) of levenslang, en kan (best) gekoppeld zijn aan een doorverwijzing (aanmoedigen om verdere hulpmogelijkheden te zoeken). Uit studies blijkt dat uitsluitingsprogramma's best een aantal mogelijkheden qua verbodstijd hebben om een ruime groep spelers aan te spreken. (Gainsbury, 2014).

Onderzoek toont dus aan dat de meerderheid van de uitgesloten personen voordeel[42] ervaart uit de uitsluiting. Het is echter onduidelijk of er een causale link is tussen de uitsluiting en de positieve effecten. Aan de uitsluiting gaat de bereidheid om het gokgedrag aan te pakken vooraf, wat naast de potentiële doorverwijzing al kan resulteren in goede uitkomsten.

Volgens de review van Gainsbury kunnen de bestaande systemen verbeterd worden. Daarvoor is een goede kennis van het profiel van problematische gokkers van belang. Ondanks de indicaties van effectiviteit, zijn zulke systemen 'onder-gebruikt'. Zo blijkt de meerderheid van de probleemgokkers niet te komen tot een uitsluiting wegens de ervaren drempels van schaamte, complexiteit van systemen, toegankelijkheid van de procedures, enzovoort. Dit zijn voor hulpverleners belangrijke

[42] Uit zelfrapportages sommen uitgesloten personen volgende voordelen op: vermindering van de gokuitgaven, verbeterde financiële omstandigheden, vermindering van de ernst van het gokken en de bijbehorende negatieve gevolgen, vermindering van gerelateerde psychologische klachten, enzovoort. (Gainsbury, 2014)

inzichten die in een behandeling aan bod kunnen komen. Verder zijn toegangsverboden ook afhankelijk van accuraatheid en systematiek van de identificatieprocedure. Hoe meer steun de industrie zelf levert, hoe beter de systemen zullen werken. Zo zou een engagement om uitgesloten spelers uit reclamelijsten te schrappen, de effectiviteit verhogen. Ook adequate training van het personeel van gokgelegenheden blijkt doeltreffend. Monitoring en evaluatie van zulke systemen is aangewezen. Ondanks deze inspanningen blijft het illegale aanbod en het aanbod zonder identificatie bestaan (Gainsbury, 2014).

EPIS
In België hebben gokkers evenals belanghebbende derden de mogelijkheid om zichzelf of de ander de toegang tot bepaalde gokgelegenheden, zowel land-based als online, te ontzeggen. De gegevens van deze uitgesloten spelers worden sinds 2004 gebundeld in een elektronisch systeem, het Excluded Persons Information System (EPIS). Bij de toegang van een gokgelegenheid worden verplicht de naam, de voornaam en de geboortedatum van de speler geregistreerd in EPIS, om na te gaan of deze mag worden toegelaten. Deze vorm van bescherming van de speler behoort in België tot de opdrachten van de KSC (zie § 1.1.6.).

De website van de commissie beschrijft de procedures voor vrijwillige uitsluiting en de aanvraag door belanghebbende derde: http://www.gamingcommission.be/opencms/opencms/jhksweb_nl /protection/forbid/ Bepaalde personen zijn beroepshalve of wegens hun specifieke situatie of leeftijd al automatisch uitgeschreven.

- **Zelfuitsluiting**
  Bij een vrijwillig toegangsverbod wordt het uitsluitingsformulier ingevuld en ondertekend. Dit moet samen met een kopie van de identiteitskaart worden opgestuurd. Wanneer mensen de procedure doorlopen, hebben ze vanaf de dag van ontvangst van hun aanvraag geen toegang meer tot de casino's (reëel en online), de speelautomatenhallen (reëel en online) en de wedkantoren (enkel online). De procedure om het toegangsverbod ongedaan te maken, is iets hoogdrempeliger (aangetekende zending) en treedt pas in werking na 3 maanden wachttijd.

- **Uitsluiting door een belanghebbende derde**
  De procedure van de aanvraag door een belanghebbende derde duurt langer dan een vrijwillige aanvraag en is complexer. De belanghebbende derde dient zijn persoonlijk belang bij het toegangsverbod te kunnen motiveren. De aanvraag dient aangetekend te worden verstuurd.
  Het geniet dan ook de voorkeur om de persoon in kwestie eerst te motiveren om zelf deze stap te zetten en pas in tweede instantie deze procedure als derde aan te vatten.
  Na verloop van een jaar kan de speler de KSC aangetekend verzoeken om het toegangsverbod op te heffen. De KSC neemt hierover een beslissing, na de betrokken speler te horen. De belanghebbende derde wordt van de aanvraag tot opheffing en de uiteindelijke beslissing op de hoogte gebracht.

- **Zelfuitsluiting + Uitsluiting door een belanghebbende derde**
  Er kan worden geadviseerd om beide procedures te doorlopen, omdat dit meer bescherming biedt. Het is meer empowerend dat de persoon in kwestie zelf een toegangsverbod aanvraagt. Dit gaat ook veel sneller. Wanneer een belanghebbende derde dit ook doet, is de stap om de procedure op te zeggen veel omslachtiger. Het biedt naast deze extra beveiliging, ook een manier om de naasten te betrekken bij de therapie.

De uitsluiting is van toepassing voor het Belgisch gokaanbod. In de meeste Europese landen moeten spelers zich identificeren/registreren voor het binnengaan van een casino. Er zijn wel verschillen qua uitsluitingsmogelijkheid tussen de verschillende landen. De website van de KSC beschrijft de mogelijkheden om voor onze buurlanden een verbod aan te vragen. Hulpverleners zijn zich best bewust van de mogelijkheid van 'probleemverschuiving'. Mensen kunnen na een Belgische uitsluiting nog steeds in de buurlanden een gokje wagen. Ook beschermt een uitsluitingsverbod niet tegen deelname aan loterijen, spelen via krasloten, in wedkantoren of cafés, of zich begeven binnen het

illegale gokaanbod. (http://www.gamingcommission.be/opencms/opencms/jhksweb_nl/protection/forbid/, geraadpleegd op 21 augustus 2015)

5.2.5.2. Financiële begeleiding

Een financiële crisis is vaak de reden waarom mensen naar de hulpverlening toestappen en een belangrijke indicator van de ernst van de problemen. De financiële situatie in kaart brengen kan helpen bij het bepalen of extra financiële begeleiding noodzakelijk is. Het kan gaan om het inschakelen van professionele hulp, dan wel om hulp of steun door naasten of om zelf initiatieven nemen. Het is cruciaal het management van financiële problemen/schulden aan andere vormen van hulp te koppelen. Budgetbegeleiding of –beheer, schuldbemiddeling of een collectieve schuldenregeling kunnen een belangrijk onderdeel van de begeleiding van problematische gokkers zijn. Er dient te worden opgemerkt dat personen voor wie het verzoek tot collectieve schuldenregeling toelaatbaar werd verklaard, automatisch worden uitgesloten via het EPIS-systeem.

5.2.6. Evidence-based aanbevelingen voor de behandeling: een overzicht

We vatten het bovenstaande samen door een overzicht te geven van Australische aanbevelingen over de behandeling van gokken (Thomas, Merkouris, Dowling, Radermacher, Jackson, Misso, & Anderson, 2011).

Voor de behandeling van problematisch gokken zijn er zeven aanbevelingen voorhanden. Het gaat om evidence-based aanbevelingen met een verschillende graad van evidentie[43]. Deze graad geeft het volume van evidentie, de klinische impact, de veralgemeenbaarheid en het toepassingsgebied aan. Er zijn geen 'consensusgebaseerde' aanbevelingen beschikbaar, gebaseerd op klinische opinie en expertise, omdat er voldoende evidentie aanwezig is. Aan elke aanbeveling zijn enkele praktijkpunten toegevoegd. Deze staan op zichzelf of staan naast onderstaande aanbevelingen. Ze dienen om praktisch advies en info te geven. Er zijn vijf aanbevelingen beschikbaar over psychotherapeutische interventies en twee over het gebruik van medicatie.

Evidence-based aanbevelingen voor behandeling (vrije vertaling)	**Graad van aanbeveling**
1. Om (de ernst van) het gokgedrag en de psychologische onrust bij mensen met gokproblemen te verminderen, zou cognitieve gedragstherapie (individueel of in groep) moeten worden toegepast. ➔ Praktische adviezen: - Getrainde hulpverleners - Gebruik van een protocol voor de interventie	B
2. Om (de ernst van) het gokgedrag bij mensen met gokproblemen te verminderen, zouden Motiverende Gespreksvoering en Motivational Enhancement Therapie[44] (MET) moeten worden toegepast. ➔ Praktische adviezen: - Getrainde hulpverleners	B

[43] Evidence-based aanbevelingen ingedeeld in graad van evidentie:
a. Betrouwbaar om praktijk vorm te geven (aangetoonde werking)
b. Betrouwbaar om praktijk vorm te geven in de meeste gevallen (aangetoonde werking in het meest van de gevallen)
c. De aanbeveling krijgt steun, maar voorzichtigheid is geboden
d. Zwakke evidentie en aanbeveling met veel voorzichtigheid
[44] MET is een kortdurende interventie, bestaande uit assessment en gepersonaliseerde feedback met MG als gespreksstijl. (Miller & Rollnick,2014)

- Gebruik van een protocol voor MET	
3. Om (de ernst van) het gokgedrag bij mensen met gokproblemen te verminderen, zouden professionele psychologische interventies moeten worden gebruikt. ➔ Praktische adviezen: - Er moet rekening worden gehouden met de cliëntvoorkeuren - Er moet rekening worden gehouden met de beschikbaarheid van aanbod - Getrainde hulpverleners - Gebruik van een protocol voor de interventie	B
4. Om (de ernst van) het gokgedrag te verminderen voor mensen met gokproblemen zijn professionele psychologische interventies eerder aangewezen dan zelfhulp-psychologische interventies. ➔ Praktische adviezen: - Er moet rekening worden gehouden met de cliëntvoorkeuren - Er moet rekening worden gehouden met de beschikbaarheid van aanbod - Getrainde hulpverleners - Gebruik van een protocol voor de interventie	B
5. Psychologische groepstherapie kan aangewend worden om (de ernst van) het gokgedrag te verminderen voor mensen met gokproblemen. ➔ Praktische adviezen: - Er moet rekening worden gehouden met de cliëntvoorkeuren - Er moet rekening worden gehouden met de beschikbaarheid van aanbod - Getrainde hulpverleners - Gebruik van een protocol voor de interventie	C
6. Het gebruik van antidepressiva is niet aangewezen om de ernst van het gokken te verminderen voor mensen met enkel een gokprobleem. ➔ Praktische adviezen: Dit geldt uitsluitend voor de patiëntengroep met enkel gokproblemen, niet de groep van gokkers met comorbide depressie of angsten. Deze aanbeveling richt zich hoofdzakelijk op de effectiviteit van SSRI's in deze context.	B
7. Naltrexon[45] kan gebruikt worden om de ernst van het gokken te verminderen voor mensen met gokproblemen. ➔ Praktische adviezen: Wanneer naltrexon wordt voorgeschreven, wordt best het volgende in overweging genomen: - Problematisch gokken is geen geregistreerde indicatie van naltrexon, wat implicaties kan hebben op de terugbetaling - De voorschrijver moet getraind zijn en beschikken over adequate	C

[45] In 2011 werd vooral naltrexon aanbevolen. Pas in 2013 werd Nalmefene geregistreerd en in recentere literatuur ook aanbevolen.

vaardigheden - Contra-indicaties moeten goed worden onderzocht vooraleer voorgeschreven wordt	

5.3. Hulpverlening in Vlaanderen

De VAD-factsheet Gokken presenteert de belangrijkste cijfergegevens van het voorbije decennium over de omvang van gokken in Vlaanderen en België. Wanneer we inzoomen op de prevalentie binnen de hulpverlening, blijkt dat er geen globale uitspraken mogelijk zijn over het aantal gokkers die in behandeling zijn in België. Problemen met gokken worden niet op een uniforme manier of in een overkoepelend systeem geregistreerd. Uit de beschikbare gegevens blijkt dat de aantallen problematische gokkers binnen het beschikbare hulpaanbod beperkt zijn.

Het hulpaanbod voor mensen met gokproblemen en de expertise hierrond in Vlaanderen is beperkt. De specifieke mogelijkheden binnen zowel algemene als categoriale, ambulante dan wel residentiële zorgmodules zijn minimaal. Gokkers kunnen vooral in de voorzieningen met een verslavingsgespecialiseerd aanbod terecht. Het is echter geen evidentie dat mensen met gokproblemen binnen de verslavingszorg terechtkunnen. Er zijn slechts hier en daar individuele hulpverleners die zich specifiek toeleggen op gokproblemen. Daarnaast zit de begeleiding van mensen met gokproblemen voor bepaalde voorzieningen niet vervat in hun opdracht en ontvangen ze daarvoor ook geen subsidiëring. Mensen met gokproblemen kunnen zich wenden tot algemene eerstelijnsgezondheids- of welzijnsvoorzieningen (huisarts, CAW, JAC, OCMW, …). Een bespreking van dit hulpaanbod of de voorzieningen voor mensen met financiële problemen (budgetbegeleiding, schuldbemiddeling, …), valt buiten het bestek van dit dossier. Daarnaast zullen mensen met een gokstoornis en psychiatrische comorbiditeit ook vaak binnen de geestelijke gezondheidszorg behandeld worden voor de psychiatrische problemen. Er zal dan niet steeds aan de slag gegaan worden met het gokprobleem.

We bespreken eerst de hulpmogelijkheden zonder of met een minimale professionele tussenkomst, nadien belichten we het professionele hulpaanbod.

Zoals eerder aangehaald, kunnen mensen ook in Vlaanderen op verschillende manieren **zelf aan de slag** met hun gokprobleem. Het voordeel zit hier vaak in de anonimiteit, laagdrempeligheid en lage kostprijs. We denken aan hulplijnen, online zelfhulpprogramma's en zelftests (met gepersonaliseerde feedback) en zelfhulpboeken.

Hulplijnen

Men kan specifiek voor vragen en advies rond gokken 24u op 24u terecht op het SOS Spelen-nummer.

De Druglijn staat ook open voor vragen of een eerste advies rond gokproblemen. Op de website www.druglijn.be wordt informatie en een zelftest aangeboden.

Men kan daarnaast 24u/24u terecht op het nummer van Tele-onthaal of SOS Nuchterheid.

Online (zelf)hulp

Naast online informatie, een kennistest op www.druglijn.be en zelftests via www.gokhulp.be bezit deze laatste website een uitgebreid luik aan zelfhulp. Gokhulp is een initiatief van de KSC, CAD-Limburg en Le Pélican. De website bevat een gratis online zelfhulpprogramma met een duurtijd van 3 tot 12 weken. Het gokgedrag wordt er gemonitord en gekoppeld aan andere opdrachten. Via een beveiligd forum kunnen hulpzoekers met elkaar in contact komen.

Belgische en Nederlandse onderzoekers bestuderen momenteel de toepassing van CBM-trainingen op problematisch gokgedrag (zie § 5.2.3). Deze studie zit momenteel in een laatste fase en de resultaten zijn nog niet publiek. Het onderzoek verliep via het aanbod op

de website www.impliciet.eu. Het is momenteel mogelijk voor volwassenen om hun gokgedrag via deze weg te trainen. Deze site heeft twee ingangen: één voor cliënten die zelfstandig willen trainen en één (toekomstige) voor therapeuten die hun cliënt willen laten trainen als huiswerkopdracht, naast de psychosociale behandeling. Deze tweede optie is voorlopig nog niet beschikbaar (Goudriaan, 2014; Van Holst, Van Holstein, van Den Brink, Veltman & Goudriaan, 2012; www.impliciet.eu).

Naast websites met de mogelijkheid dat de persoon zelf aan de slag gaat zonder tussenkomst van een hulpverlener, is er ook een groeiend aanbod aan online begeleiding. Op deze manier wordt er op een laagdrempelige, toegankelijke manier hulp en ondersteuning geboden via een regelmatig contact met een hulpverlener via e-mail of chat. In het geval van gokken behoort dit tot het derde luik van gokhulp.be, wat momenteel nog niet beschikbaar is.

Zelfhulpboek

Specifiek voor gokken is er, via de VAD-catalogus, een zelfhulpboekje beschikbaar.

Zelfhulpgroepen

Momenteel zijn er zeer weinig actieve groepen, zoals de Zelfhulpgroep Gokken Limburg, die zich specifiek richten tot mensen met gokproblemen. De Werkgroep tegen Gokverslaving organiseerde tot voor kort bijeenkomsten van de Anonieme Gokkers, maar is sinds begin 2015 niet meer actief. GamAnon is niet actief in Vlaanderen. Gokkers kunnen wel terecht bij de groepsbijeenkomsten van SOS Nuchterheid.

Binnen het **professionele circuit**, zijn de mogelijkheden beperkt en sterk verschillend van regio tot regio.

Centra Geestelijke Gezondheidszorg (CGG)

Een aantal CGG hebben een specifiek ‘verslavings’aanbod. De mate van specialisatie in begeleiding en behandeling van gokken verschilt onderling sterk. De behandelingsfinaliteit in de CGG is het herstel van de gedeeltelijke en/of totale geestelijke gezondheid, inclusief het problematische gokgedrag. Totale abstinentie of op zijn minst het verminderen van het gokken is het einddoel van deze begeleidingen. Het aanbod van therapeutische mogelijkheden is erg gedifferentieerd. Er kunnen zowel individuele als relatie-, gezins- en groepstherapieën worden verstrekt, evenals medisch-psychiatrische begeleiding. Zowel in Limburg (CAD), Antwerpen (VAGGA) als in Gent (Eclips) zijn er groepsbijeenkomsten rond het thema gokken, onder leiding van professionele hulpverleners. Verschillende CGG hebben hiernaast een aanbod van vroeginterventie. Dit is echter zelden gok-specifiek. Er is ook een aanbod naar de omgeving en familieleden van problematische gokkers.

Privétherapeuten

Privétherapeuten zijn hulpverleners die op zelfstandige basis werken, al dan niet binnen een groepspraktijk. Therapeuten werken vanuit verschillende therapeutische strekkingen. Privétherapeuten hebben het voordeel van vaak een snelle toegang te kunnen verschaffen, maar het volgen van privétherapie is wel relatief duur. Enkelen hebben zich toegelegd op gokproblemen.

Ambulante drugzorg/dagcentra

Deze laagdrempelige, categoriale voorzieningen richten zich op een brede groep van mensen met een drugprobleem en in bepaalde gevallen kunnen mensen met een gokprobleem er ook terecht. Er is ook vaak een hulpaanbod voor de naaste omgeving voorzien. De ondersteuning bevat een individueel of groepsaanbod en is eerder veranderingsgericht. De zorg situeert zich vooral op psychosociaal vlak, maar kan ook medisch van aard zijn.

Crisisopvang op Eenheid Psychiatrie Spoed Interventie (EPSI)

Deze crisiseenheden zijn gericht op psychiatrische urgenties en acute psycho-sociale problematiek. Ze zijn gericht op kortdurende opvang in crisissituaties en doorverwijzing (casemanagement). Patiënten krijgen er een intensieve behandeling van maximum vijf dagen, met als belangrijkste doelstelling de patiënt te stabiliseren. Na overleg met de cliënt geeft de casemanager ondersteuning bij doorverwijzing naar een ambulante of residentiële

dienst en volgt hij het hulpverleningsproces verder op. Een gokker in een psycho-sociale crisis zou hier terecht kunnen.

Psychiatrische Afdeling van een Algemeen Ziekenhuis (PAAZ)

Op PAAZ-diensten worden mensen met diverse psychiatrische problemen opgenomen, waaronder ook problematisch middelengebruik. Deze voorzieningen richten zich vooral op crisisopvang, detoxificatie, observatie, diagnosestelling en motivatiebevordering en daarnaast op de behandeling van acute psychiatrische en lichamelijke complicaties ten gevolge van middelenmisbruik. Een opname op een PAAZ is meestal kortdurend. Slechts op bepaalde PAAZ-diensten kunnen mensen met een gokprobleem terecht. De interventies zullen dan voornamelijk gericht zijn op stabilisatie van de crisissituatie, tot rust komen en eventuele zorg rond comorbide aandoeningen.

Ontwennings- en behandelingsafdeling van Psychiatrische Ziekenhuizen (PZ)/ontwenningsklinieken

Heel wat PZ hebben een specifieke afdeling voor de behandeling van problematisch middelengebruik. Sommige ziekenhuizen stellen hun aanbod ook open voor problematische gokkers. Binnen een globaal medisch-psychiatrisch denkkader en een geïndividualiseerde benadering biedt men een pakket van zorgfuncties aan. Deze werksetting is goed geplaatst om uitgebreid te werken aan een eventueel onderliggende psychopathologie.

Binnen de psychiatrische ziekenhuizen zijn er afdelingen voor semi-residentiële zorg. Dagbehandelingen zijn meestal georiënteerd op terugvalpreventie en psychosociale begeleiding. Er wordt veel aandacht besteed aan de sociale en maatschappelijke omkadering van de patiënt. Sommige dagklinieken richten zich tot patiënten die al een (lange) opname in een ontwenningsafdeling achter de rug hebben. In het kader van nazorg kan er aan deze patiënten nog een vrij intensieve ondersteuning en behandeling aangeboden worden, wanneer de veiligheid van de ziekenhuismuren wegvalt.

Beschut Wonen

Binnen de brede psychiatrische zorg zijn er slechts enkele beschutte woonprojecten specifiek voor patiënten met een verslavingsproblematiek. Voorlopig stelt alleen vzw Basis (Hasselt) haar plaatsen open voor mensen met een primaire gokstoornis. Deze woonvoorzieningen dienen om de patiënt na een langdurige opname terug te integreren in de maatschappij. De klemtoon ligt op sociale- en woonbegeleiding. Daarnaast vormt terugvalpreventie een belangrijk thema. In vergelijking met de psychiatrische opname is de psychotherapeutische begeleiding hier minimaal.

Voor een regionaal overzicht en contactgegevens verwijzen we naar De Druglijn of de doorverwijsgids via www.vad.be.

REFERENTIES

Adapt Lab. Train your gambling away. Geraadpleegd op 15 september 2015 via http://www.impliciet.eu/trainings/gokkengambling/.

Afifi, T.O., Brownridge, D.A., MacMillan, H. et al. (2010). The relationship of gambling to intimate partner violence and child maltreatment in a nationally representative sample. Journal of Psychiatric Research, 44:331-7.

American Psychiatric Association (2014). Handboek voor de classificatie van psychische stoornissen (DSM-5). Nederlandse vertaling van Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Ediction. Amsterdam: Boom.

Arias-Carrión, O., Caraza-Santiago, X., Salgado-Licona, S., Salama, M., Machado, S., Egidio Nardi, A., Menéndez-González M. & Murillo-Rodríguez, A. (2014) Orquestic regulation of neurotransmitters on reward-seeking behavior. International Archives of Medicine 2014, 7:29 doi:10.1186/1755-7682-7-29 http://www.biomedcentral.com/1755-7682/7/29/

Arias-Carrión, O., Stamelou, M., Murillo-Rodríguez, E., Menéndez-González M. & Pöppel, E. (2010). Dopaminergic reward system: a short integrative review International Archives of Medicine 2010, 3:24.

Bernstein, E., Topp, D., Shaw, E., Girard, C., Pressman, K., Woolcock, E., et al. (2009) A preliminary report of knowledge translation: lessons from taking screening and brief intervention techniques from the research setting into regional systems of care. Acad Emerg Med, 16 (11):1225-33

Binde, P. (2014). Gambling advertising: A critical research review. Report prepared for the Responsible Gambling Trust.

Blaszczynski, A., & Nower, L. (2002). A pathways model of problem and pathological gambling. Addiction, 97(5), 487-499.

Blaszczynski, A., Parke, A.J., Parke, J., and Rigbye, J. L. (2014). Operator-Based Approaches to Harm Minimisation: Summary, Review and Future Directions. London: The Responsible Gambling Trust.

Bondolfi, G., Osiek, C., & Ferrer, F. (2002). Pathological gambling: an increasing and underestimated disorder. Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie, 153:116-22.

Bowden-Jones, H. & Georges, S. (Eds.). (2015). A clinician's guide to working with problem gamblers. Londen: Routledge/Taylor & Francis Group.

Bowden-Jones, H., & George, S. (2015). A Clinician's Guide to Working with Problem Gamblers. Routledge.

Brevers, D., Noël, X., Bechara, A., Vanavermaete, N., Verbanck, P., & Kornreich, C. (2014). Effect of Casino-Related Sound, Red Light and Pairs on Decision-Making During the Iowa Gambling Task. Journal of gambling studies,31(2), 409-421.

Brezing, C., Derevensky, J. L., & Potenza, M. N. (2010). Non–substance-addictive behaviors in youth: Pathological gambling and problematic internet use. Child and adolescent psychiatric clinics of North America, 19(3), 625-641.

Cantinotti, M., & Ladouceur, R. (2008). Harm reduction and electronic gambling machines: Does this pair make a happy couple or is divorce foreseen?. Journal of Gambling Studies, 24(1), 39-54.

Challet-Bouju, G., Hardouin, J. B., Renard, N., Legauffre, C., Valleur, M., Magalon, D., ... & Grall-Bronnec, M. (2014). A Gamblers Clustering Based on Their Favorite Gambling Activity. Journal of Gambling Studies, 1-22.

Chu, S., & Clark, L. (2015). Cognitive and Neurobiological Aspects of Problem Gambling: Relevance to Treatment. Canadian Journal of Addiction, 6(2).

Clark, L., Studer, B., Bruss, J., Tranel, D., & Bechara, A. (2014). Damage to insula abolishes cognitive distortions during simulated gambling. Proceedings of the National Academy of Sciences, 111(16), 6098-6103.

Clarke, D., Tse, S., Abbott, M., Townsend, S., Kingi, P., & Manaia, W. (2006). Key indicators of the transition from social to problem gambling. International Journal of Mental Health and Addiction, 4(3), 247-264.

Codagnone, C., Bogliacino, F., Ivchenko, A., Veltri G. & Gaskell, G. (2014). Study on online gambling and adequate measures for the protection of consumers of gambling services. Luxemburg: European Commission.
Conversano, C., Marazziti, D., Carmassi, C., Baldini, S., Barnabei, G., & Dell'Osso, L. (2012). Pathological gambling: a systematic review of biochemical, neuroimaging, and neuropsychological findings. Harvard review of psychiatry, 20(3), 130-148.
Cowlishaw, S. (2014). Comorbid problem gambling in substance users seeking treatment. Victoria, Australia: Victorian Responsible Gambling Foundation.
Cowlishaw, S., Merkouris, S., Dowling, N., Anderson, C., Jackson, A., & Thomas, S. (2012). Psychological therapies for pathological and problem gambling. The Cochrane Library.
Cunningham, J., Hodgins, D., Toneatto, T. & Murphy, M. (2012) A randomized controlled trial of a personalized feedback intervention for problem gamblers. PLoS ONE 7(2): e31586. Doi:101371/journal.pone.0031586.
Clerens, A (2015). Hoofdstuk 1 Europees recht in Hoeckx,N. (ed). Kansspelen. Duiding 2015 (pp 1-16). Brussel: Larcier.
De Bock, M. (2012). Gokken. Herkennen van en omgaan met gokproblemen bij cliënten in OCMW en CAW. Brussel: VAD.
De Groot, F., Morrens, M. & Dom G. Acceptance and commitment therapy (ACT) and addiction: a literature review. Tijdschrift voor psychiatrie 56.9 (2013): 577-585.
de Lisle, S. M., Dowling, N. A., & Allen, J. S. (2012). Mindfulness and problem gambling: a review of the literature. Journal of Gambling Studies, 28(4), 719-739.
De Smet, J., Callu, M., Naessens, P. (2012). Kansspelwetgeving 1999-2013. Deel I De gecoördineerde wet van 7 mei 1999 met duiding. Deel II De kansspelen in de Europese context. Gent: Story Publishers
De Smet, J., Callu, M., Naessens, P. (2012). Kansspelwetgeving 1999-2013. Deel III De Koninklijke Besluiten De Protocollen. Gent: Story Publishers
den Hollander, A.M., Bruijn, J.A. en Trijsburg, R.W., Alexithymie. Fenomenologische, etiologische en therapeutische aspecten. (1991). Tijdschrift voor Psychiatrie, 9 (33), pp. 577-591.
Dowling, N. A., Cowlishaw, S., Jackson, A. C., Merkouris, S. S., Francis, K. L., & Christensen, D. R. (2015). Prevalence of psychiatric co-morbidity in treatment-seeking problem gamblers: A systematic review and meta-analysis. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 49(6), 519-539.
Druglijn. Welke hulp is er mogelijk bij gokproblemen. Geraadpleegd op 4 augustus 2015 via https://www.druglijn.be/drugs-abc/gokken/veelgestelde-vragen/welke-hulp-is-er-mogelijk-bij-gokproblemen
Edgerton, J. D., Melnyk, T. S., & Roberts, L. W. (2014). Problem gambling and the youth-to-adulthood transition: Assessing problem gambling severity trajectories in a sample of young adults. Journal of Gambling Studies, 1-23.
Fortune, E. E., & Goodie, A. S. (2012). Cognitive distortions as a component and treatment focus of pathological gambling: a review. Psychology of Addictive Behaviors, 26(2), 298.
Gainsbury, S. M. (2014). Review of self-exclusion from gambling venues as an intervention for problem gambling. Journal of Gambling Studies, 30(2), 229-251.
Gainsbury, S. M. (2015). Online gambling addiction: the relationship between internet gambling and disordered gambling. Current Addiction Reports, 2(2), 185-193.
Gainsbury, S. M., Blankers, M., Wilkinson, C., Schelleman-Offermans, K., & Cousijn, J. (2014). Recommendations for international gambling harm-minimisation guidelines: Comparison with effective public health policy. Journal of Gambling Studies, 30(4), 771-788.
Gokhulp. Geraadpleegd op 18 augustus 2015 via http://www.gokhulp.be/
Goodie, A. S. (2015). Associations Between Gambling Games and Gambling Problems: Whole Games Compared with Temporal, Skill Characteristics, and Other Structural Characteristics. Current Addiction Reports, 2(3), 249-253.
Goudriaan, A., (2014). Gokverslaving. Een overzicht. in Gedragsverslaving?, 13 – 23.
Grant, J. E., & Potenza, M. N. (2010). Pharmacological treatment of adolescent pathological gambling. International journal of adolescent medicine and health, 22(1), 129.

Grant, J. E., Odlaug, B. L., & Chamberlain, S. R. (2016). Neural and psychological underpinnings of gambling disorder: A review. Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry, 65, 188-193.
Grant, J. E., Odlaug, B. L., & Schreiber, L. (2014). Pharmacological treatments in pathological gambling. British journal of clinical pharmacology, 77(2), 375-381.
Griffiths, M. (2009). Problem gambling in Europe: An overview. Nottingham Trent University.
Griffiths, M. D., & Auer, M. (2012). The irrelevancy of game-type in the acquisition, development, and maintenance of problem gambling. Frontiers in psychology, 3.
Griffiths, M. D., & Parke, J. (2010). Adolescent gambling on the Internet: A review. International Journal of Adolescent Medicine and Health, 22(1), 59-75.
Gupta, R., Nower, L., Derevensky, J. L., Blaszczynski, A., Faregh, N., & Temcheff, C. (2013). Problem gambling in adolescents: an examination of the pathways model. Journal of Gambling Studies, 29(3), 575-588.
Gyollai, A., D Griffiths, M., Barta, C., Vereczkei, A., Urban, R., Kun, B., ... & Demetrovics, Z. (2014). The genetics of problem and pathological gambling: a systematic review. Current pharmaceutical design, 20(25), 3993-3999.
Hing, N., Russell, A. M., Vitartas, P., & Lamont, M. (2015). Demographic, Behavioural and Normative Risk Factors for Gambling Problems Amongst Sports Bettors. Journal of Gambling Studies, 1-17.
Hodgins, D., Toneatto, T., Makarchuk, K. et al. (2007). Minimal treatment approaches for concerned, significant others of problem gamblers: a randomised controlled trial. Journal of Gambling Studies, 23:215-30.
Hoekx, N. (2015). Kansspelen. Duiding 2015. Brussel: Larcier
Hønsi, A., Mentzoni, R. A., Molde, H., & Pallesen, S. (2013). Attentional bias in problem gambling: A systematic review. Journal of Gambling Studies, 29(3), 359-375.
Kansspelcommissie (2015). Beslissingen – Weddenschappen. Geraadpleegd op 28 oktober 2015 via http://www.gamingcommission.be/opencms/opencms/jhksweb_nl/gamingcommission/besl/wdsch/
Hutubessy, R., Chisholm, D, Edejer, T-T (2003) WHO-CHOICE. Generalised Cost-Effectiveness Analysis for National-Level Priority Setting in the Health Sector. Cost Effectiveness and Resource Allocation.Geneva: World Health Organisation.
Iriszorg. EMDR bij Verslaving. Geraadpleegd op 15 september 2015 via http://www.iriszorg.nl/over-iriszorg/onderzoek/lopende-onderzoeken/emdr-bij-verslaving
Kaner, E., Beyer, F., Dickinson, H., Pienaar, E., Campbell, F., Schlesinger, C. et al. (2007) Effectiveness of brief alcohol interventions in primary care populations. Cochrane Database Syst Rev (2):CD004148.
Kansspelcommissie. (2010). Pedagogisch dossier Bluf geraadpleegd op 15 september 2015 via http://www.gamingcommission.be/opencms/export/sites/default/jhksweb_nl/documents/5519-BLUFxCOVER-NL.pdf
Kansspelcommissie. Activiteitenverslag 2014. Geraadpleegd op 25 september 2015 via http://www.gamingcommission.be/opencms/opencms/jhksweb_nl/gamingcommission/news/news_0021.html
Kansspelcommissie. (2015). Nota: Weddenschappen op virtuele evenementen. Geraadpleegd op 1 juli 2015 via http://www.gamingcommission.be/opencms/opencms/jhksweb_nl/gamingcommission/news/news_0027.html
Korman, L.M., Collins, J., Dutton, D., Dhayananthan, B., Littman-Sharp, N. & Skinner, W. (2008). Problem gambling and intimate partner violence. J Gambl Stud., 24(1), 13-23.
Kristiansen, S., Trabjerg, M. C., & Reith, G. (2015). Learning to gamble: early gambling experiences among young people in Denmark. Journal of Youth Studies, 18(2).
Labrie, R., Peller, A., Laplante, D., Bernhard, B., Harper, A., Schrier, T. & Shaffer, H. (2012) A brief self-help toolkit intervention for gambling problems: a randomized multisite trial. Am J Orthopsychiatry, 82(2):278-89.

Łabuzek, K., Beil, S., Beil-Gawełczyk, J., Gabryel, B., Franik, G., & Okopień, B. (2014). The latest achievements in the pharmacotherapy of gambling disorder. Pharmacological Reports, 66(5), 811-820.
Ladouceur, R., Goulet, A., & Vitaro, F. (2013). Prevention programmes for youth gambling: a review of the empirical evidence. International Gambling Studies, 13(2), 141-159.
LaPlante, D.A., Nelson, S.E., LaBrie, R.A., and Shaffer, H.J.(2011). Disordered gambling, type of gambling and gamblinginvolvement in the British Gambling Prevalence Survey 2007. Eur.J.Public Health 21, 532–537.
Larimer, M., Neighbors, C., Lostutter, T., Whiteside, U., Cronce, J., Kaysen, D. & Walker, D. (2012) Brief motivational feedback and cognitive behavioural interventions for prevention of disordered gambling: a randomized clinical trial. Addiction, 107(6):1148-1158.
Leeman, R. F., & Potenza, M. N. (2012). Similarities and differences between pathological gambling and substance use disorders: a focus on impulsivity and compulsivity. Psychopharmacology, 219(2), 469-490.
Lock, C. (2004) Screening and brief alcohol interventions: what, why, who, where and when? A review of the literature. J. Subst Abuse, 9(2):91-101.
Lorains, F. K., Cowlishaw, S., & Thomas, S. A. (2011). Prevalence of comorbid disorders in problem and pathological gambling: systematic review and meta-analysis of population surveys. Addiction, 106(3), 490-498.
Lupi, M., Martinotti, G., Acciavatti, T., Pettorruso, M., Brunetti, M., Santacroce, R. & Di Giannantonio, M. (2014). Pharmacological treatments in gambling disorder: A qualitative review. BioMed research international, 2014.
Lussier, I. D., Derevensky, J., Gupta, R., & Vitaro, F. (2014). Risk, compensatory, protective, and vulnerability factors related to youth gambling problems. Psychology of Addictive Behaviors, 28(2), 404.
McComb, J. L., & Sabiston, C. M. (2010). Family influences on adolescent gambling behavior: a review of the literature. Journal of gambling studies, 26(4), 503-520.
Miller, H. (2014). Discussion Paper: Seeking help for problem gamblers, Melbourne: Victorian Responsible Gambling Foundation.
Miller, R.W. & Rollnick, S. (2014), Motiverende Gespreksvoering. Mensen helpen veranderen. Nederland: Ekklesia.
Milosevic, A., & Ledgerwood, D.M., The subtyping of pathological gambling: A comprehensive review, Clinical
Monaghan, S. & Wood, R. (2010) Internet-based interventions for youth dealing with gambling problems. Int J Adolesc Med Health, 22(1):113-128.
Muelleman, R., DenOtter, T., Wadman, M.C. et al (2002). Problem gambling in the partner of the emergency department patient as a risk factor for intimate partner violence. Journal of Emergency Medicine, 23:307-12
Naessens, P. (2015). Belgium's recently amended framework on virtual betting. World Online Gambling Law Report
Naessens, P. (2015). Europe's blind spot. Why Europe allows minors to gamble. Casino Life Magazine. Geraadpleegd op 22 oktober 2015 via http://www.casinolifemagazine.com/article/europe%E2%80%99s-blind-spot.
Neighbors, C., Rodriguez, L., Rinker, D., Gonzales, R., Agana, M., Tackett, J., & Foster, D. (2015) Efficacy of personalized normative feedback as a brief intervention for college student gambling: A randomized controlled trial. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 83(3), 500-11.
O'Donnell, A., Wallace, P. & Kaner, E. (2014). From efficacy to effectiveness and beyond: what next for brief interventions in primary care? Frontiers in psychiatry, Vol 5, Article 113, doi:10:3389/fpsyt.2014.00113.
Parke, A., Harris, A., Parke, J., Rigbye, J., & Blaszczynski, A. (2015). Responsible marketing and advertising in gambling: a critical review. The Journal of Gambling Business and Economics, 8(3), 21-35.
Parke, J., & Griffiths, M. D. (2007). The role of structural characteristics in gambling. Research and measurement issues in gambling studies, 9, 218-25.

Penta, A. & Hofman, H. (2006). Gokken op internet. A.W. Bruna Uitgevers B.V.
Petry, N. M., Blanco, C., Auriacombe, M., Borges, G., Bucholz, K., Crowley, T. J., ... & O'Brien, C. (2014). An overview of and rationale for changes proposed for pathological gambling in DSM-5. Journal of Gambling Studies, 30(2), 493-502.
Petry, N., Weinstock, J., Ledgerwood, D. & Morasco, B. (2008) A randomized trial of brief interventions for problem and pathological gamblers. J Consult Clin Psychol, 76(2):318-328.
Petry, N., Weinstock, J., Morasco, B. & Ledgerwood, D. (2009) Brief motivational interventions for college student problem gamblers. Addiction, 104(9): 1579-1578.
Phillips, J. G., Ogeil, R., Chow, Y. W., & Blaszczynski, A. (2013). Gambling involvement and increased risk of gambling problems. Journal of Gambling Studies, 29(4), 601-611.
Potenza, M. N., Balodis, I. M., Franco, C. A., Bullock, S., Xu, J., Chung, T., & Grant, J. E. (2013). Neurobiological considerations in understanding behavioral treatments for pathological gambling. Psychology of Addictive Behaviors,27(2), 380.
Problem Gambling Research and Treatment Centre (PRGTC) (2011). Guideline for screening, assessment and treatment in problem gambling. Clayton: Monash University.
Psychology Review (2010), doi:10.1016/j.cpr.2010.06.013
Rachlin, H., Safin, V., Arfer, K. B., & Yen, M. (2015). The attraction of gambling. Journal of the experimental analysis of behavior, 103(1), 260-266.
Raistrick, D., Heather, N., & Godfrey C. (2006) Review of the Effectiveness of Treatment for Alcohol Problems. London: NHS, National Treatment Agency for Substance misuse.
Rash, C. J., & Petry, N. M. (2014). Psychological treatments for gambling disorder. Psychology research and behavior management, 7, 285.
Reith, G., & Dobbie, F. (2011). Beginning gambling: The role of social networks and environment. Addiction Research & Theory, 19(6), 483-493.
Reith, G., & Dobbie, F. (2013). Gambling careers: A longitudinal, qualitative study of gambling behaviour. Addiction Research & Theory, 21(5), 376-390.
Reith, G. "Beyond addiction or compulsion: the continuing role of environment in the case of pathological gambling." Addiction 107.10 (2012): 1736-1737.
Responsible Gambling Council (2013). What's the problem with problem gambling? RGC: Toronto.
Rockloff, M. J., & Hing, N. (2013). The impact of jackpots on EGM gambling behavior: A review. Journal of Gambling Studies, 29(4), 775-790.
Rosenberg, K.P. & Feder, L.C. (Eds.). (2014). Behavioral Addictions: Criteria, Evidence, and Treatment. Londen: Academic Press/Elsevier.
Salmon, M., Wohl, M. J., Sztainert, T., & Kim, H. S. (2015). Potential Clinical Applications of Responsible Gambling. Canadian Journal of Addiction, 6(2).
Schippers, G. M., Buisman, W., Bulten, E., Decorte, T., de Donder, E., Sigling, H. & Rigter, H. (2014). Gedragsverslaving?. D. van de Mheen (Ed.). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
Schippers, G.M., Smeerdijk, M. & Merx, M.J.M. (2014). Handboek cognitieve gedragstherapie bij middelengebruik en gokken. Amersfoort: Stichting Resultaten Scoren.
Scholes-Balog, K. E., Hemphill, S. A., Toumbourou, J. W., & Dowling, N. A. (2015). Problem gambling and internalising symptoms: A longitudinal analysis of common and specific social environmental protective factors. Addictive behaviors, 46, 86-93.
Sharpe, L. (2002). A reformulated cognitive–behavioral model of problem gambling: A biopsychosocial perspective. Clinical psychology review, 22(1), 1-25.
Shead, N. W., Derevensky, J. L., & Gupta, R. (2010). Risk and protective factors associated with youth problem gambling. International journal of adolescent medicine and health, 22(1), 39.
St-Pierre, R. A., Walker, D. M., Derevensky, J., & Gupta, R. (2014). How availability and accessibility of gambling venues influence problem gambling: A review of the literature. Gaming Law Review and Economics, 18(2), 150-172.
Sullivan, S., Arroll, B., Coster, G. & Abbott, M. (1998). Problem gamblers: a challenge for GP's. New Zealand Family Physician, 25:37-42.

Suurvali, H., Cordingley, J., Hodgins, D. C., & Cunningham, J. (2009). Barriers to seeking help for gambling problems: A review of the empirical literature.Journal of Gambling Studies, 25(3), 407-424.
Suurvali, H., Hodgins, D. C., & Cunningham, J. A. (2010). Motivators for resolving or seeking help for gambling problems: A review of the empirical literature. Journal of Gambling Studies, 26(1), 1-33.
Thomas, S., Merkouris, S., Dowling, N., Radermacher, H., Jackson, A., Misso, M., & Anderson, C. (2011). Guideline for screening, assessment and treatment in problem gambling. Monash University.
Toneatto, T. (2016) Single-session interventions for problem gambling may be as effective as longer treatments: Results of a randomized control trial. Addict Behav, 52, 58-65 Epub 2015 Aug 22.
van den Bos, R., Davies, W., Dellu-Hagedorn, F., Goudriaan, A. E., Granon, S., Homberg, J., ... & Adriani, W. (2013). Cross-species approaches to pathological gambling: a review targeting sex differences, adolescent vulnerability and ecological validity of research tools. Neuroscience & Biobehavioral Reviews, 37(10), 2454-2471.
van den Brink, W. (2012). Evidence-based pharmacological treatment of substance use disorders and pathological gambling. Current drug abuse reviews, 5(1), 3-31.
Van Holst, R. J., Van Holstein, M., Van Den Brink, W., Veltman, D. J., & Goudriaan, A. E. (2012). Response inhibition during cue reactivity in problem gamblers: an fMRI study. Plos one, 7(3), e30909. geraadpleegd op 28 september 2015 via http://dare.uva.nl/document/2/96636
Van Leeuwen, L., Goossens, F.X. en Lammers, J. (2015). Preventieplan kansspelen op afstand: preventiekoersen voor het voorkomen van (online) kansspelverslavingsproblematiek. Utrecht: Trimbos-instituut
van Rooij, T., DeFuentes-Merillas, L., Meerkerk, G-J., Nijs, I., van de Mheen, D. & Schoenmakers, T. (2014). Gedragsverslavingen: de stand van zaken in wetenschap en praktijk. Amersfoort: IVO/Stichting Resultaten Scoren.
Vasiliadis, S. D., Jackson, A. C., Christensen, D., & Francis, K. (2013). Physical accessibility of gaming opportunity and its relationship to gaming involvement and problem gambling: A systematic review. Journal of Gambling Issues, 1-46.
Volberg, R.A., Munck, I.M. & Petry N.M. (2011) A Quick and Simple Screening Method for Pathological and Problem Gamblers in Addiction Programs and Practices. Am J Addict., 20(3):220-227.
Weinstock, J., & Rash, C. J. (2014). Clinical and research implications of gambling disorder in DSM-5. Current Addiction Reports, 1(3), 159-165.
Williams, R. J., West, B. L., & Simpson, R. I. (2012). Prevention of problem gambling: A comprehensive review of the evidence and identified best practices. Ontario Problem Gambling Research Centre and the Ontario Ministry of Health and Long Term Care.
Wohl, M. J., Christie, K. L., Matheson, K., & Anisman, H. (2010). Animation-based education as a gambling prevention tool: correcting erroneous cognitions and reducing the frequency of exceeding limits among slots players. Journal of Gambling Studies, 26(3), 469-486.
www.vad.be

BIJLAGEN

Brief Bio-Social Gambling Screen (BBGS)

- During the past 12 months, have you become restless, irritable or anxious when trying to stop/cut down on gambling?
- During the past 12 months, have you tried to keep your family or friends from knowing how much you gambled?
- During the past 12 months, did you have such financial trouble that you had to get help with living expenses from family, friends or welfare?

The NORC Diagnostic Screen for Gambling Problems (NODS)

INSTRUCTIONS: For each question asked, circle YES or NO. When interview is complete, for questions for which R said YES, mark the corresponding box in the right-hand margin, ignoring items that do not have a corresponding box. Add up the number of marked boxes to determine R's score.
- A score of 0 indicates that results are not consistent with problematic levels of gambling.
- A score of 1 or 2 means that results are consistent with mild but subclinical risk for gambling problems.
- A score of 3 or 4 indicates results are consistent with moderate but subclinical gambling problems.
- A score of 5 or higher means that results are consistent with a likely diagnosis of pathological gambling, consistent with the diagnostic criteria of the DSM-IV.

The highest score possible is 10.

1. Have there ever been periods lasting 2 weeks or longer when you spent a lot of time thinking about your gambling experiences, or planning out future gambling ventures or bets?

☐ YES SKIP TO 3
☐ NO GO TO 2

2. Have there ever been periods lasting 2 weeks or longer when you spent a lot of time thinking about ways of getting money to gamble with?

☐ YES
☐ NO

3. Have there ever been periods when you needed to gamble with increasing amounts of money or with larger bets than before in order to get the same feeling of excitement?

☐ YES
☐ NO

4. Have you ever tried to stop, cut down, or control your gambling?

☐ YES GO TO 5
☐ NO SKIP TO 8

5. On one or more of the times when you tried to stop, cut down, or control your gambling, were you restless or irritable?

☐ YES
☐ NO

6. Have you ever tried but not succeeded in stopping, cutting down, or controlling your gambling?

☐ YES GO TO 7
☐ NO SKIP TO 8

7. Has this happened three or more times?

☐ YES NO

8. Have you ever gambled to relieve uncomfortable feelings such as guilt, anxiety, helplessness, or depression?

☐ YES SKIP TO 10
☐ NO GO TO 9

9. Have you ever gambled as a way to escape from personal problems?

☐ YES
☐ NO

10. Has there ever been a period when, if you lost money gambling one day, you would often return another day to get even?

☐ YES
☐ NO

11. Have you ever lied to family members, friends, or others about how much you gamble or how much money you lost on gambling?

☐ YES GO TO 12
☐ NO SKIP TO 13

12. Has this happened three or more times?

☐ YES
☐ NO

13. Have you ever written a bad check or taken money that didn't belong to you from family members or anyone else in order to pay for your gambling?

☐ YES
☐ NO

14. Has your gambling ever caused serious or repeated problems in your relationships with any of your family members or friends?

☐ YES SKIP TO 17
☐ NO GO TO 15

15. Has your gambling ever caused you any problems in school, such as missing classes or days of school or your grades dropping?

☐ YES SKIP TO 17
☐ NO GO TO 16

16. Has your gambling ever caused you to lose a job, have trouble with your job, or miss out on an important job or career opportunity?

☐ YES NO

17. Have you ever needed to ask family members or anyone else to loan you money or otherwise bail you out of a desperate money situation that was largely caused by your gambling?

☐ YES NO

NODS-CLiP

- Have you ever tried to stop, cut down, or control your gambling? Yes- No
- Have you ever lied to family members, friends or others about how much you gamble or how much money you lost on gambling? Yes-No
- Have there been periods lasting two weeks or longer when you spent a lot of time thinking about your gambling experiences, or planning out future gambling ventures or bets? Yes-No

NODS-PERC

- Have there been periods lasting two weeks or longer when you spent a lot of time thinking about your gambling experiences, or planning out future gambling ventures or bets? Yes-No
- Have you ever gambled as a way to escape from personal problems? Yes-No
- Has there ever been a period when, if you lost money gambling one day, you would return another day to get even? Yes-No
- Has your gambling ever caused serious or repeated problems in your relationships with any of your family members or friends? Yes-No

Lie-bet QUESTIONNAIRE

- Have you ever had to lie to people important to you about how much you gambled?
- Have you ever felt the need to bet more and more money?

Problem Gambling Severity Index (PGSI)

Thinking about the last 12 months…

1. Have you bet more than you could really afford to lose?

Never=0 Sometimes=1 Most of the time=2 Almost always=3

2. Still thinking about the last 12 month, have you needed to gamble with larger amounts of money to get the same feeling of excitement?

Never=0 Sometimes=1 Most of the time=2 Almost always=3

3. When you gambled, did you go back another day to try to win back the money you lost?

Never=0 Sometimes=1 Most of the time=2 Almost always=3

4. Have you borrowed money or sold anything to get money to gamble?

Never=0 Sometimes=1 Most of the time=2 Almost always=3

5. Have you felt that you might have a problem with gambling?

Never=0 Sometimes=1 Most of the time=2 Almost always=3

6. Has gambling caused you any health problems, including stress or anxiety?

Never=0 Sometimes=1 Most of the time=2 Almost always=3

7. Have people criticized your betting or told you that you had a gambling problem, regardless of whether or not you thought it was true?

Never=0 Sometimes=1 Most of the time=2 Almost always=3

8. Has your gambling caused any financial problems for you or your household?

Never=0 Sometimes=1 Most of the time=2 Almost always=3

9. Have you felt guilty about the way you gamble or what happens when you gamble?

Never=0 Sometimes=1 Most of the time=2 Almost always=3

---

0 = Non-problem gambling.

1-2 = Low level of problems with few or no identified negative consequences.

3-7 = Moderate level of problems leading to some negative consequences.

8 or more = Problem gambling with negative consequences and a possible loss of control.

South Oaks Gambling Screen (SOGS)

1. Please indicate which of the following types of gambling you have done in your lifetime. For each type, mark one answer: "Not at All," "Less than Once a Week," or "Once a Week or More."
PLEASE "✓" ONE ANSWER FOR EACH STATEMENT:
NOT AT ALL
LESS THAN ONCE A WEEK
ONCE A WEEK OR MORE

a. Played cards for money
b. Bet on horses, dogs, or other animals (at OTB, the track or with a bookie)
c. Bet on sport (parlay cards, with bookie at Jai Alai)
d. Played dice games, including craps, over and under or other dice games
e. Went to casinos (legal or otherwise)
f. Played the numbers or bet on lotteries
g. Played bingo
h. Played the stock and/or commodities market
i. Played slot machines, poker machines, or other gambling machines
j. Bowled, shot pool, played golf, or some other game of skill for money
k. Played pull tabs or "paper" games other than lotteries
l. Some form of gambling not listed above (please specify: …………………………..)

2. What is the largest amount of money you have ever gambled with on any one-day?
☐ Never gambled ☐ More than $100.00 up to $1,000.00
☐ $1.00 or less ☐ More than $1,000.00 up to $10,000.00
☐ More than $1.00 up to $10.00 ☐ More than $10,000.00
☐ More than $10.00 up to $100.00

3. Check which of the following people in your life has (or had) a gambling problem.
☐ Father ☐ Mother
☐ Brother/Sister ☐ My Spouse/Partner
☐ My Child(ren) ☐ Another Relative
☐ A Friend or Someone Important in My Life

4. When you gamble, how often do you go back another day to win back money you have lost?
☐ Never ☐ Most of the Times I Lose
☐ Some of the Time ☐ Every Time I Lose ☐ (less than half the time I lose)

5. Have you ever claimed to be winning money gambling, but weren't really? In fact, you lost?
☐ Never
☐ Yes, less than half the time I lost
☐ Yes, most of the time

6. Do you feel you have ever had a problem with betting or money gambling?
☐ No ☐ Yes ☐ Yes, in the past, but not now

7. Did you ever gamble more than you intended to?
☐ Yes ☐ No

8. Have people criticized your betting or told you that you had a problem, regardless of whether or not you thought it was true?
☐ Yes ☐ No

9. Have you ever felt guilty about the way you gamble, or what happens when you gamble?
☐ Yes ☐ No

10. Have you ever felt like you would like to stop betting money on gambling, but didn't think you could?
☐ Yes ☐ No

11. Have you ever hidden betting slips, lottery tickets, gambling money, IOUs, or other signs of betting or gambling from your spouse, children or other important people in your life?
☐ Yes ☐ No

12. Have you ever argued with people you live with over how you handle money?
☐ Yes ☐ No

13. (If you answered "Yes" to question 12) Have money arguments ever centered on your gambling?
☐ Yes ☐ No

14. Have you ever borrowed from someone and not paid them back as a result of your gambling?
☐ Yes ☐ No

15. Have you ever lost time from work (or school) due to betting money or gambling?
☐ Yes ☐ No

16. If you borrowed money to gamble or to pay gambling debts, who or where did you borrow from (check "Yes" or "No" for each):
a. From household money ☐ Yes ☐ No
b. From your spouse ☐ Yes ☐ No
c. From other relatives or in-laws ☐ Yes ☐ No
d. From banks, loan companies, or credit unions ☐ Yes ☐ No
e. From credit cards ☐ Yes ☐ No
f. From loan sharks ☐ Yes ☐ No
g. You cashed in stocks, bonds or other securities ☐ Yes ☐ No
h. You sold personal or family property ☐ Yes ☐ No
i. You borrowed on your checking accounts (passed bad checks) ☐ Yes ☐ No
j. You have (had) a credit line with a bookie ☐ Yes ☐ No
k. You have (had) a credit line with a casino ☐ Yes ☐ No

Concerned Others Gambling Screen (COGS)

1. Do you think you have ever been affected by someone else's gambling?
   - ☐ No, never (you need not continue further)
   - ☐ I don't know for sure if their gambling affected me
   - ☐ Yes, in the past
   - ☐ Yes, that's happening to me now

2. How would you describe the effect of that person's gambling on you now?
   (tick one or more if they apply to you)
   - ☐ I worry about it sometimes
   - ☐ It is affecting my health
   - ☐ It is hard to talk with anyone about it
   - ☐ I am concerned about me or my family's safety
   - ☐ I'm still paying for it financially
   - ☐ It doesn't affect me anymore

3. What would you like to happen?
   (tick one or more)
   - ☐ I would like some information
   - ☐ I would like to talk about it in confidence with someone
   - ☐ I would like some support or help
   - ☐ Nothing at this stage

Gamblers Anonymous Twenty Questions (GA20)

1. Did you ever lose time from work or school due to gambling?
   ☐ Yes ☐ No
2. Has gambling ever made your home life unhappy?
   ☐ Yes ☐ No
3. Did gambling affect your reputation?
   ☐ Yes ☐ No
4. Have you ever felt remorse after gambling?
   ☐ Yes ☐ No
5. Did you ever gamble to get money with which to pay debts or otherwise solve financial difficulties?
   ☐ Yes ☐ No
6. Did gambling cause a decrease in your ambition or efficiency?
   ☐ Yes ☐ No
7. After losing did you feel you must return as soon as possible and win back your losses?
   ☐ Yes ☐ No
8. After a win did you have a strong urge to return and win more?
   ☐ Yes ☐ No
9. Did you often gamble until your last dollar was gone?
   ☐ Yes ☐ No
10. Did you ever borrow to finance your gambling?
    ☐ Yes ☐ No
11. Have you ever sold anything to finance gambling?
    ☐ Yes ☐ No
12. Were you reluctant to use "gambling money" for normal expenditures?
    ☐ Yes ☐ No
13. Did gambling make you careless of the welfare of yourself or your family?
    ☐ Yes ☐ No

14. Did you ever gamble longer than you had planned?
☐ Yes ☐ No
15. Have you ever gambled to escape worry, trouble, boredom, loneliness, grief or loss? ☐ Yes ☐ No
16. Have you ever committed, or considered committing, an illegal act to finance gambling?
☐ Yes ☐ No
17. Did gambling cause you to have difficulty in sleeping?
☐ Yes ☐ No
18. Do arguments, disappointments or frustrations create within you an urge to gamble?
☐ Yes ☐ No
19. Did you ever have an urge to celebrate any good fortune by a few hours of gambling?
☐ Yes ☐ No
20. Have you ever considered self-destruction or suicide as a result of your gambling? ☐ Yes ☐ No

Eight Screen

1. Sometimes I've felt depressed or anxious after a session of gambling.
☐ yes, that's true ☐ no, I haven't

2. Sometimes I've felt guilty about the way I gamble
☐ yes, that's true ☐ no, I haven't

3. When I think about it, gambling has sometimes caused me problems
☐ yes, that's true ☐ no, never

4. Sometimes I've found it better not to tell others, especially my family, about the amount of time or money I spend gambling
☐ yes, that's true ☐ no, never

5. I often find that when I stop gambling I've run out of money
☐ yes, that's true ☐ no, I haven't

6. Often I get the urge to return to gambling to win back losses from a past session
☐ yes, that's true ☐ no, I haven't

7. Yes, I have received criticism about my gambling in the past
☐ yes, that's true ☐ no, I haven't

8. Yes, I have tried to win money to pay debts
☐ yes, that's true ☐ no, I haven't

Criteria DSM-5 gokverslaving

In de DSM-5 staat gokstoornissen omschreven als (APA, 2014):

Persisterend en recidiverend problematisch gokgedrag dat leidt tot klinisch significante beperkingen of lijdensdruk, zoals blijkt uit vier of meer van de volgende kenmerken, die binnen een periode van een jaar optreden:

(1) Moet met steeds meer geld gokken om de gewenste mate van opwinding te bereiken

(2) Is rusteloos en prikkelbaar bij pogingen tot minderen van of stoppen met gokken

(3) Heeft herhaald onsuccesvolle pogingen gedaan tot stoppen, minderen of beheersen van het gokken

(4) Is vaak gepreoccupeerd met gokken (bv. persisterende gedachten en levendige herinneringen aan eerdere gokervaringen, verhindering of planning van de volgende keer, en manieren om aan geld te komen om mee te gokken)

(5) Gokt vaak bij onlustgevoelens (bv. hulpeloosheid, schuldgevoel, zorgen, somberheid)

(6) Komt vaak, na geld verloren te hebben bij het gokken, de volgende dag terug om het verlies terug te winnen

(7) Liegt om de ernst van het gokgedrag te verhullen

(8) Heeft een belangrijke relatie, het werk of de eigen opleiding of carrière in gevaar gebracht of verloren door het gokken

(9) Heeft geld van anderen nodig om de uitzichtloze financiële problemen door het gokken te verlichten

De gokstoornis kan zich episodisch of persisterend voordoen . Bij een episodische stoornis voldoet men op meer dan één tijdstip aan de criteria, terwijl de symptomen tussen afzonderlijke perioden van de gokstoornis minstens enkele maanden uitblijven. Bij een persisterende stoornis heeft men meerdere jaren lang continu symptomen die voldoen aan de criteria.

Criteria ICD 10

Diagnostic guidelines

The essential feature of the disorder is persistently repeated gambling, which continues and often increases despite adverse social consequences such as impoverishment, impaired family relationships, and disruption of personal life.

Includes: compulsive gambling

Differential diagnosis. Pathological gambling should be distinguished from:

(a) gambling and betting (Z72.6) (frequent gambling for excitement, or in an attempt to make money; people in this category are likely to curb their habit when confronted with heavy losses, or other adverse effects);

(b) excessive gambling by manic patients (F30.-);

(c) gambling by sociopathic personalities (F60.2) (in which there is a wider persistent disturbance of social behaviour, shown in acts that are aggressive or in other ways demonstrate a marked lack of concern for the well-being and feelings of other people).